



Clínica de Patologia Mamária

25 anos de experiência e atualização

QUESTIONÁRIO MÉDICO Data: ___/___/___

Se não souber alguma questão, o médico explicará durante a consulta

Dados Pessoais

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____ Tel : _____
CEP: _____ - Bairro: _____ Cidade: _____
E-mail: _____ Data Nascimento: ___/___/___
Profissão: _____ Convênio ou Seguro Saúde: _____

Quem indicou esta clínica?

Médico Nome: _____ Tel : _____
 Outros _____

Consulta

Motivo da Consulta (podem ser vários)

- Dor Nódulo mama: Esquerda Direita
 Saída de líquido pelo mamilo
 Exame de mamografia ou ultra-sonografia alterado
 Alterações na pele ou no mamilo
 Caroço na axila
 Orientação e exames de rotina

Informações

Idade da primeira menstruação: _____

Idade da Menopausa : _____

Toma hormônios?

Sim Não

Em que período _____

Quais os hormônios ? _____

Pode estar grávida? :

Sim Não

Idade que teve o primeiro(a) filho(a): _____

Tem parente próximo com câncer de mama?

Sim Não

Cite o grau de parentesco e a idade em que

teve o câncer: _____

Realizou cirurgia na mama?

Sim Não Qual? _____

Quando? _____

Resultado? _____

Sofre de alguma doença?

Sim Não Qual? _____

Está em tratamento?

Sim Não

Já sofreu de alguma doença?

Sim Não Qual? _____

Tem alergias?

Sim Não Qual? _____

Teve algum trauma severo na mama?

Sim Não

Teve alguma infecção na mama?

Sim Não

Quantas mamografias já realizou: _____

Quando? _____

Realizou alguma punção de mama ?

Sim Não

Quando? _____

Outras informações
