Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___ /___ / ___ ___ ___ ___ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____

Nome completo:_____ Data de nascimento: ___ /___ / ___ ___ ___ ___

Endereço:_____ Telefones de contato:_____/_____/_____

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO											
Data	Profissional que atendeu	Tem sangramento pós coito?	Tem corrimento excessivo?	No exame, tem alteração do colo?	Data da realização do CP	Orientações sobre DST e fatores de risco	Adequabilidade do material (satisfatória?)	Resultado	Data do resultado	Data do próximo exame	Data em que foi realizada a busca ativa

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA											
Data	Profissional que atendeu	Tem fator de risco para Ca de mama? Qual?	No exame, tem alteração das mamas?	Recebeu orientações para DST e fatores de risco para CA de mama?	Data do resultado da mamografia	Resultado	Data da solicitação do Ultrassom de mama	Data do resultado do Ultrassom de mama	Resultado	Data do próximo exame	Data em que foi realizada a busca ativa