

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

____/____/____

RESULTADO

Procedimento cirúrgico

- Biópsia incisional
 Biópsia excisional
 Biópsia por agulha grossa (core biopsy)
 Biópsia estereotáxica
 Ressecção segmentar
 Excisão de ductos principais
 Mastectomia glandular
 Ressecção segmentar com esvaziamento axilar
 Mastectomia simples
 Mastectomia radical e radical modificada

Recebido em

____/____/____

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material

- Satisfatória
 Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR

Dimensão máxima tumor dominante				Dimensão máxima tumor secundário			
<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 - 5cm	<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avaliablel	<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 - 5cm	<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avaliablel

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES

- Sim
 Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

- Hiperplasia ductal sem atípias
 Hiperplasia ductal com atípias
 Hiperplasia lobular com atípias
 Adenose, SOE
 Lesão esclerosante radial
 Condição fibrocística
 Fibroadenoma
 Papiloma solitário
 Papiloma múltiplo
 Papilomatose florida do mamilo
 Mastite
 Outros _____

LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)

- Carcinoma intraductal (*in situ*) de baixo grau histológico
 Carcinoma intraductal (*in situ*) de grau intermediário
 Carcinoma intraductal (*in situ*) de alto grau histológico
 Carcinoma lobular *in situ*
 Doença de Paget do mamilo sem tumor associado
 Carcinoma ductal infiltrante
 Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante
 Carcinoma lobular invasivo
 Carcinoma tubular
 Carcinoma mucinoso
 Carcinoma medular
 Outros _____

TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO

- Sim - especifique _____
 Não

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

- Multifocalidade do tumor Sim Não Não avaliablel
 Multicentricidade do tumor Sim Não Não avaliablel
 Grau histológico I II III Não avaliablel
 Invasão vascular Sim Não Não avaliablel
 Infiltração perineural Sim Não Não avaliablel
 Embolização linfática Sim Não Não avaliablel

Extensão do tumor:

- Pele Sim. Com ulceração Sim. Sem ulceração
 Não Não avaliablel

- Mamilo Sim Não Não avaliablel
 Músculo peitoral Sim Não Não avaliablel
 Fáscia do peitoral Sim Não Não avaliablel
 Gradil costal Sim Não Não avaliablel

Margens Cirúrgicas Livres (sem tumor detectável) Comprometidas Não avaliablel

Linfonodos Axilares Supraclaviculares

Número de linfonodos avaliados _____

Número de linfonodos comprometidos:

- 0 (zero) 1 a 3 4 a 10 mais de 10

Presença de coalescência linfonodal Sim Não Não avaliablel

Extravasamento da cápsula linfonodal Sim Não Não avaliablel

Receptores hormonais:

- Receptor de estrógeno Positivo Negativo NR
 Receptor de progesterona Positivo Negativo NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:

- Sim, especifique _____
 Não

Observações _____

Data da liberação do resultado _____

Médico Responsável pelo resultado

CRM

CNPF(CPF)

Localização

- QSL** - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais

- UQsup** - União dos quadrantes superiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
PA - Prolongamento axilar