

Informações Gerais (obrigatório)

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Médico Solicitante
Ancestralidade	
<input type="checkbox"/> Européia Oriental/Norte Europeu	<input type="checkbox"/> Africana
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Ashkenazi
<input type="checkbox"/> Outra: _____	
<input type="checkbox"/> Europa Central/Leste Europeu	<input type="checkbox"/> América Latina/Caribe
<input type="checkbox"/> Indígena. Especificar: _____	

História Pessoal de Câncer

<input type="checkbox"/> Sem história pessoal de câncer		
<input type="checkbox"/> Mama, invasivo. Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> Mama, <i>in situ</i> . Idade ao diagnóstico: _____	
<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Pré-menopausal	<input type="checkbox"/> Tripto-negativo
<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Pré-menopausal	<input type="checkbox"/> Tripto-negativo
<input type="checkbox"/> Leucemia. Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> Ovário. Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> Pulmão. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Pequenas-células <input type="checkbox"/> Tabagista
<input type="checkbox"/> Intestino. Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> Próstata. Idade ao diagnóstico: _____	
<input type="checkbox"/> Outro: _____ / Idade ao diagnóstico: _____		

História Familiar de Câncer

<input type="checkbox"/> Sem história familiar de câncer				
Parentesco	Materno	Paterno	Local do câncer	Idade ao diagnóstico
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

x

Paciente, Responsável ou Médico solicitante (com carimbo contendo o CRM)

Data: ____ / ____ / ____