



**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"/> <b>Mama, invasivo.</b> Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Pré-menopausal <input type="checkbox"/> Triplo-negativo	<input type="checkbox"/> <b>Mama, in situ.</b> Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Pré-menopausal <input type="checkbox"/> Triplo-negativo	
<input type="checkbox"/> <b>Leucemia.</b> Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> <b>Intestino.</b> Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> <b>Outro:</b> _____ / Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> <b>Ovário.</b> Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> <b>Próstata.</b> Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> <b>Pulmão.</b> Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Pequenas-células <input type="checkbox"/> Tabagista

**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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_