


AX01-POE-UCGM-010-V.1 Documento de Petición de Estudio de Imagen de Patología Mamaria)

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía Avda. Menéndez Pidal, s/n 14004 Córdoba	
				nº historia clínica	
PACIENTE		FACULTATIVO			
apellidos		nombre		nombre	
edad		DNI		código numérico personal	
dirección		nº seguridad social/tarjeta sanitaria		servicio peticionario	
		teléfono		centro/distrito	
				fecha de solicitud	
PETICIÓN DE ESTUDIO DE IMAGEN DE PATOLOGÍA MAMARIA					
FECHA DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGÍA _____					
NÓDULO PALPABLE					
<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> CSE	<input type="checkbox"/> CSI	<input type="checkbox"/> CIE	<input type="checkbox"/> CII
<input type="checkbox"/> adherido	<input type="checkbox"/> móvil	<input type="checkbox"/> duro	<input type="checkbox"/> blando	<input type="checkbox"/> contorno liso	<input type="checkbox"/> contorno irregular
retroareolar tamaño _____ cm					
RETRACCIÓN DEL PEZÓN <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> reciente					
ULCERACIONES O EROSIÓN DEL PEZÓN <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI					
SECRECIÓN POR EL PEZÓN <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI					
unilateral <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		espontánea <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		unipórica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
				sero-hemática <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
ENGROSAMIENTO/ RETRACCIÓN CUTÁNEA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI			PIEL NARANJA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI		
MASTALGIA NO CÍCLICA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI			PATOLOGÍA INFECCIOSO-INFLAMATORIA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI		
TRATAMIENTO EFECTUADO					
OBSERVACIONES					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA					
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA					
<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> hermana	<input type="checkbox"/> hija	otros _____
ANTECEDENTES PERSONALES					
THS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		fecha inicio _____		fecha fin _____	
CIRUGÍA/ BIOPSIA MAMARIA PREVIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI		fecha _____ resultado _____	
PRÓTESIS MAMARIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI			
ANTECEDENTES CÁNCER DE MAMA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI			
fecha _____		Cirugía conservadora <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI		Mastectomía <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI	
		Quimioterapia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Radioterapia <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI	
MAMOGRAFÍA PREVIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		fecha _____		lugar _____	
OTROS ANTECEDENTES PERSONALES					
APARTADO RESERVADO PARA RADIODIAGNÓSTICO			OBSERVACIONES		
señalar cicatrices o lesiones cutáneas					
