



AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR PARA SUSCETIBILIDADE AO CÂNCER DE MAMA

Este questionário tem o objetivo auxiliar na interpretação dos resultados do teste molecular e **deverá ser preenchido exclusivamente pelo médico do paciente.**

Nome completo: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____

Médico: _____ Telefone: _____

ASCENDÊNCIA MATERNA DO PACIENTE:

Judeu Ashkenazi Oriente Médio Caucasiano Europeu Outros: _____

Asiático Nativo-Americana (Indígena) Africano

Especificar país e/ou cidade de nascimento dos ancestrais de ascendência estrangeira: _____

ASCENDÊNCIA PATERNA DO PACIENTE:

Judeu Ashkenazi Oriente Médio Caucasiano Europeu Outros: _____

Asiático Nativo-Americana (Indígena) Africano

Especificar país e/ou cidade de nascimento dos ancestrais de ascendência estrangeira: _____

HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE:

Nenhum

Câncer de mama invasivo bilateral idade de diagnóstico: _____ AP _____

Câncer de mama *in situ* bilateral idade de diagnóstico: _____ AP _____

Câncer de ovário idade de diagnóstico: _____ AP _____

Câncer de colorretal idade de diagnóstico: _____ AP _____

Outro tipo de câncer: _____ idade de diagnóstico: _____ AP _____

HISTÓRICO FAMILIAR:

Nenhum

Abaixo indicar os casos de câncer na família, se houver, com as informações solicitadas:

Grau de parentesco*		Tipo de câncer	Idade de diagnóstico
Familiar 1. _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 2. _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 3. _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 4. _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 5. _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Sítio do câncer: _____	_____

*explicitar se materno,paterno, irmandade (irmãos e sobrinhos) e descendência (filhos e netos)

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

EXAME A SER REALIZADO:

Sequenciamento completo dos genes *BRCA 1* e *BRCA 2*

Sequenciamento completo do gene *BRCA 1* *BRCA 2*

Pesquisa de rearranjos nos genes *BRCA 1* e *BRCA 2* por MLPA

Gene: _____ Mutação específica: _____

Familiar previamente identificado: _____

3 mutações para indivíduos de descendência Ashkenazi nos genes *BRCA 1* (185delAG e 5382insC) e *BRCA 2* (6174delT)

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____

DATA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO: _____