

nº historia clínica

**PACIENTE**

**FACULTATIVO**

apellidos		nombre		nombre		código numérico personal	
edad	DNI	nº seguridad social/tarjeta sanitaria		servicio peticionario			
dirección		teléfono		centro/distrito		fecha de solicitud	

**PETICIÓN DE ESTUDIO DE IMAGEN DE PATOLOGÍA MAMARIA**

FECHA DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGÍA \_\_\_\_\_

**NÓDULO PALPABLE**

MD     MI     CSE     CSI     CIE     CII     retroareolar    tamaño \_\_\_\_\_ cm  
 adherido     móvil     duro     blando     contorno liso     contorno irregular

RETRACCIÓN DEL PEZÓN     MD     MI     reciente

ULCERACIONES O EROSIÓN DEL PEZÓN     MD     MI

SECRECIÓN POR EL PEZÓN     MD     MI

unilateral     si     no    unipórica     si     no  
 espontánea     si     no    sero-hemática     si     no

ENGROSAMIENTO/ RETRACCIÓN CUTÁNEA     MD     MI    PIEL NARANJA     MD     MI

MASTALGIA NO CÍCLICA     MD     MI    PATOLOGÍA INFECCIOSO-INFLAMATORIA     MD     MI

TRATAMIENTO EFECTUADO

**OBSERVACIONES**

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA**

no     madre     padre     hermana     hija    otros \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

THS     si     no    fecha inicio \_\_\_\_\_    fecha fin \_\_\_\_\_

CIRUGÍA/ BIOPSIA MAMARIA PREVIA     si     no     MD     MI

fecha \_\_\_\_\_    resultado \_\_\_\_\_

PRÓTESIS MAMARIA     si     no     MD     MI

ANTECEDENTES CÁNCER DE MAMA     si     no     MD     MI

fecha \_\_\_\_\_    Cirugía conservadora     MD     MI    Mastectomía     MD     MI

Quimioterapia     si     no    Radioterapia     MD     MI

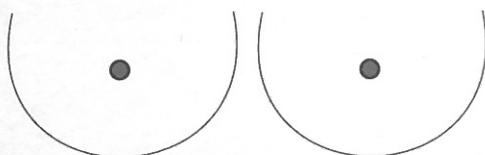
MAMOGRAFÍA PREVIA     si     no    fecha \_\_\_\_\_    lugar \_\_\_\_\_

OTROS ANTECEDENTES PERSONALES

**APARTADO RESERVADO PARA RADIODIAGNÓSTICO**

**OBSERVACIONES**

señalar cicatrices o lesiones cutáneas



## CRITERIOS PARA CUMPLIMENTAR LA PETICIÓN DE ESTUDIO DE IMAGEN DE PATOLOGÍA MAMARIA

- El volante debe reflejar los datos de filiación de la paciente, así como la existencia de clínica o antecedentes que justifiquen la realización de una prueba diagnóstica de mama.
- El volante de petición de estudio de imagen de patología mamaria debe rellenarse después de realizar exploración física e historia clínica orientadas a detectar síntomas o signos de patología mamaria, antecedentes familiares de cáncer de mama y antecedentes personales de patología mamaria.
- No es necesario especificar el tipo de prueba diagnóstica (mamografía, ecografía, etc ...). El Servicio de Radiodiagnóstico valorará, en función de la edad, clínica y antecedentes de la paciente, la indicación de la prueba, el tipo de prueba diagnóstica y la prioridad de la misma.
- El mismo radiólogo realizará, en acto único, todas las pruebas que considere necesarias para un diagnóstico correcto de la paciente: mamografía, ecografía, proyecciones complementarias... incluso la biopsia percutánea.
- El radiólogo realizará un informe conjunto de todas las pruebas realizadas, remitiéndolo al médico solicitante.
- Los datos que aparezcan en blanco se considerará que han sido explorados y son negativos.
- Aquellos volantes que no cumplan estos requisitos serán devueltos al médico que solicite la exploración.

MD	mama derecha	MI	mama izquierda
CSI	cuadrante superior interno	CSE	cuadrante superior externo
CII	cuadrante inferior interno	CIE	cuadrante inferior externo