

Centro de Referência em Tumores de Mama



 **A.C. Camargo
Cancer Center**
Especializado em Vida

70 anos

Siga nossas redes:



Tel.: (11) 2189-5000

accamargo.org.br

Paciente:

Médico(a):

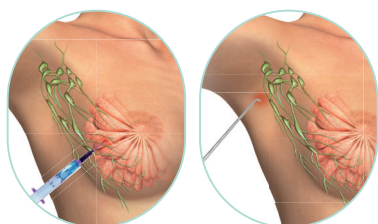
Prontuário:

Data do diagnóstico:

 **A.C. Camargo
Cancer Center**
Especializado em Vida

70 anos

Indique a localização do tumor:



Corante e/ou radiotraçador

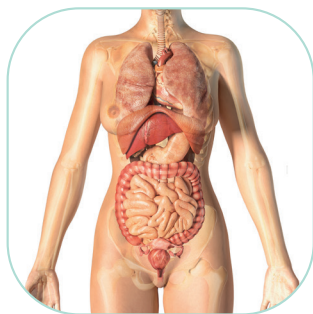
Probe

- Células normais
- Hiperplasia atípica
- Carcinoma ductal in situ
- Câncer de mama invasivo
- Outro

T: _____

N: _____

M: _____

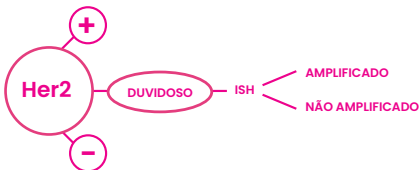


Imuno-histoquímica

Receptores hormonais:



Hiperexpressão de HER2:



Existe risco genético? Sim Não

Tratamentos recomendados:

Indique a ordem e os nomes dos tratamentos que serão realizados.

Qual é o tipo de cirurgia?

Quimioterapia: _____

Hormonioterapia: _____

Radioterapia: _____

Imunoterapia: _____

Terapia-alvo: _____
