

ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA

No. Folio: _____

I. Identificación de la unidad

1. Institución _____	2. Entidad / Delegación _____	3. Jurisdicción _____
4. Municipio _____	4.1 Localidad _____	5. Unidad médica _____
		6. CLUES _____

II. Identificación de la paciente

7. Nombre _____		Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____		Nombre (s) _____	
8. Entidad de nacimiento _____				9. Fecha de nacimiento			
				Día _____		Mes _____	
				MM		Año _____	
				AAAA			
10. Edad _____	11. CURP _____						
12. Residencia habitual _____							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad/Municipio _____			
C.P. _____		Entidad Federativa _____		Jurisdicción _____		Teléfono _____	
13. Otro domicilio _____							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad/Municipio _____			
14. Otro teléfono _____				15. Correo electrónico _____			
16. Afiliación <input type="checkbox"/> 0. Ninguna 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEDENA 4. SEMAR 6. IMSS-BIENESTAR 7. PEMEX 8. Estatal 9. Municipal 10. Privada 11. CNPSS 12. Otra 97. No aplica 98. Se ignora 99. No especificado							
16.1 No. de afiliación o póliza _____							

III. Antecedentes

17. De mastografía <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No	18. Fecha de última mastografía
	Día _____ Mes _____ Año _____
	DD MM AAAA
19. Resultado Birads <input type="checkbox"/> 0. Evaluación adicional 1. Negativa 2. Benigna 3. Probablemente benigna 4. Anormalidad sospechosa 4A. Baja sospecha de malignidad 4B. Riesgo intermedio de malignidad 4C. Riesgo moderado de malignidad 5. Altamente sugestiva de malignidad	

IV. Mastografía

20. Modalidad de mastografía <input type="checkbox"/> 1. Tamizaje 2. Diagnóstica	21. Fecha de toma de la mastografía
	Día _____ Mes _____ Año _____
	DD MM AAAA
22. Mastografía técnicamente adecuada <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No	1. Imagen incompleta de la mama <input type="checkbox"/> 3. Baja resolución <input type="checkbox"/> 5. Mal posicionamiento <input type="checkbox"/>
	2. Bajo contraste <input type="checkbox"/> 4. Artefactos <input type="checkbox"/> 6. Otros <input type="checkbox"/>
23. Fecha de interpretación de la mastografía	
Día _____ Mes _____ Año _____	
DD MM AAAA	
24. Resultados y hallazgos de la mastografía <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No	25. BIRADS
Hallazgos	
Der.	Izq.
Tumor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asimetría <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deformidad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcificación <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densidad asimétrica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0) Evaluación adicional (1) Negativa (2) Benigna (3) Probablemente benigna (4) Anormalidad sospechosa 4a Baja sospecha de malignidad 4b Riesgo intermedio de malignidad 4c Riesgo moderado de malignidad (5) Altamente sugestiva de malignidad	
Lector	
Resultados	Cédula profesional
Uno <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decisión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Conducta a seguir

26. Repetir estudio inadecuado <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No
27. Próxima detección por mastografía en 2 años <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No
28. Referencia a ginecología a tratamiento de patología benigna <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No
29. Referencia a evaluación diagnóstica a unidad _____
30. Fecha de referencia
Día _____ Mes _____ Año _____
DD MM AAAA
31. Cédula profesional del radiólogo _____