



ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

MATRÍCULA FF:

IDADE:

MÉDICO SOLICITANTE:

UNIDADE DE SAÚDE:

PELE:

TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO

SUBSTITUIÇÃO FIBROADIPOSA

MAMA DIREITA

NÓDULOS:

AUSENTES

PRESENTES:

CISTOS:

AUSENTES

PRESENTES:

PARÊNQUIMA:

MAMA ESQUERDA

NÓDULOS:

AUSENTES

PRESENTES:

CISTOS:

AUSENTES

PRESENTES:

PARÊNQUIMA:

AXILAS

CONCLUSÃO

DATA:

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO