

Ano: _____ Fonte Notificadora: _____

Identificação do Paciente

Prontuário: _____

Cartão SUS: _____ CPF: _____ Documento: _____

Nome completo do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Ignorado Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Raça/Cor: ☐ 1-BRANCO ☐ 2-PRETA ☐ 3-AMARELA
☐ 4-PARDA ☐ 5-INDÍGENA ☐ 9-SEM INFORMAÇÃO

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: ☐ 1-SOLTEIRO ☐ 2-CASADO ☐ 3-VIÚVO
☐ 4-SEPARADO JUDICIALMENTE ☐ 5-UNIÃO CONSENSUAL ☐ 9-SEM INFORMAÇÃO

Escolaridade:

☐ 0-SEM ESCOLARIDADE ☐ 1-FUNDAMENTAL I (1ª A 4ª SÉRIE) ☐ 2-FUNDAMENTAL II (5ª A 8ª SÉRIE) ☐ 3-MÉDIO (ANTIGO SEGUNDO GRAU)
☐ 4-SUPERIOR INCOMPLETO ☐ 5-SUPERIOR COMPLETO ☐ 9-SEM INFORMAÇÃO

Ocupação/ Profissão: _____

Identificação do Tumor

Endereço

Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Procedência: _____

Nº Exame: _____

Topografia: _____

Morfologia: _____

Meio de diagnóstico: ☐ 0-SDO ☐ 1-CLÍNICO ☐ 2-PESQUISA
☐ 4-MARCADORES TUMORAIS ☐ 5-CITOLOGIA ☐ 6-HISTOLOGIA DA METÁSTASE
☐ 7-HISTOLOGIA DO TUMOR PRIMÁRIO ☐ 9-SEM INFORMAÇÃO

Extensão da doença: ☐ 1-LOCALIZADO ☐ 2-METÁSTASE ☐ 3-"IN SITU"
☐ 4-NÃO SE APLICA ☐ 9-SEM INFORMAÇÃO

Data do diagnóstico: ____/____/____

Data do óbito: ____/____/____ Tipo: ☐ Câncer ☐ Não Câncer ☐ Ignorado

Data da Coleta: ____/____/____ Registrador: _____