

Solicitação Médica para Estudo de ThyroidPrint		
Etiqueta ou Identificação do Paciente:		
HPMA () PACIENTE TEM HISTORIA FAMILIAR DE CA TIREOIDE () PACIENTE TEM HISTORIA PESSOAL DE CA TIREOIDE () PACIENTE OPERADO DE CA TIREOIDE () PACIENTE TEM DOENÇA AUTOIMUNE DA TIREOIDE () OUTRO: _____		
ULTRASSONOGRAFIA		
LOBOS TIREOIDIANOS		
Dimensões () normais () aumentadas () diminuídas		
Contornos () irregulares () regulares.		
Ecogenicidade glandular () preservada () reduzida.		
Ecotextura () homogênea () finamente heterogênea () difusamente heterogênea		
COMPLETAR TABELA SOBRE O(S) NÓDULO(S) PUNCIONADOS COM DADOS SOLICITADOS – PREENCHER COM “x” OU VALORES		
	NÓDULO 1	NÓDULO 2
	Cód do ependorf: Lobo: () direito () esquerdo () istmo () SUP/ () MED / () INF	Cód do ependorf: Lobo: () direito () esquerdo () istmo () SUP/ () MED / () INF
LOCALIZAÇÃO (1/3)		
COMPOSIÇÃO	<input type="checkbox"/> SÓLIDO <input type="checkbox"/> PRED CÍSTICO. <input type="checkbox"/> ESPONGIFORME. <input type="checkbox"/> MISTO. <input type="checkbox"/> PREDOM SÓLIDO.	<input type="checkbox"/> SÓLIDO <input type="checkbox"/> PRED CÍSTICO. <input type="checkbox"/> ESPONGIFORME. <input type="checkbox"/> MISTO. <input type="checkbox"/> PREDOM SÓLIDO.
ECOGENICIDADE	<input type="checkbox"/> ANECOGÊNICO. <input type="checkbox"/> ISO/HIPER ECOGÊNICO <input type="checkbox"/> HIPOECOGÊNICO <input type="checkbox"/> MARC HIPOECOGÊNICO	<input type="checkbox"/> ANECOGÊNICO. <input type="checkbox"/> ISO/HIPER ECOGÊNICO <input type="checkbox"/> HIPOECOGÊNICO <input type="checkbox"/> MARC HIPOECOGÊNICO
FORMA	<input type="checkbox"/> ARREDONDADO/ OVAL <input type="checkbox"/> MAIS ALTO QUE LARGO	<input type="checkbox"/> ARREDONDADO/ OVAL <input type="checkbox"/> MAIS ALTO QUE LARGO
MARGENS	<input type="checkbox"/> REGULARES <input type="checkbox"/> BEM DEFINIDAS <input type="checkbox"/> MAL DEFINIDAS <input type="checkbox"/> LOBULADAS/IRREGULARES. <input type="checkbox"/> EXTENSÃO EXTRA CAPSULAR.	<input type="checkbox"/> REGULARES <input type="checkbox"/> BEM DEFINIDAS <input type="checkbox"/> MAL DEFINIDAS <input type="checkbox"/> LOBULADAS/IRREGULARES <input type="checkbox"/> EXTENSÃO EXTRA CAPSULAR
FOCOS. ECOGÊNICOS (PODE CONTER MAIS DE UM TIPO)	<input type="checkbox"/> SEM CALCIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> CALCIFICAÇÃO PERIFÉRICA. <input type="checkbox"/> CALCIFICAÇÃO GROSSEIRA <input type="checkbox"/> MICROCALCIFICAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM CALCIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> CALCIFICAÇÃO PERIFÉRICA. <input type="checkbox"/> CALCIFICAÇÃO GROSSEIRA <input type="checkbox"/> MICROCALCIFICAÇÃO
<i>eixo longitudinal (cm)</i>		
<i>eixo ant-post (cm)</i>		
<i>eixo transversal (cm)</i>		
VOLUME (cm³)		
PADRÃO VASCULARIZAÇÃO DOPPLER COLORIDO	<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> EXCLUS. PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> PREDOM PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> PREDOM. CENTRAL <input type="checkbox"/> EXCLUS. CENTRAL	<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> EXCLUS. PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> PREDOM PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> PREDOM. CENTRAL <input type="checkbox"/> EXCLUS. CENTRAL
MÉDIA 3 IR (DOPPLER)		
RISCO DOPPLER **	<input type="checkbox"/> BAIXO RISCO <input type="checkbox"/> RISCO AUMENTADO	<input type="checkbox"/> BAIXO RISCO <input type="checkbox"/> RISCO AUMENTADO
VOLUME EXAME ANTERIOR (cm³)		
DATA (_ / _ / _)		
AUMENTO RELAT. EXAME ANTERIOR (%)		
ALTERAÇÃO MORFO EM RELAÇÃO EXAME ANTERIOR	<input type="checkbox"/> aumento/redução área cística <input type="checkbox"/> aumento/redução área sólida <input type="checkbox"/> perda definição contorno <input type="checkbox"/> abaulamento cápsula ant/post	<input type="checkbox"/> aumento/redução área cística <input type="checkbox"/> aumento/redução área sólida <input type="checkbox"/> perda definição contorno <input type="checkbox"/> abaulamento cápsula ant/post
ESTÁVEL DESDE DE:	_ / _ / _	_ / _ / _
PAAFS PRÉVIAS	- _ / _ / _ : BETHESDA ____ - _ / _ / _ : BETHESDA ____	- _ / _ / _ : BETHESDA ____ - _ / _ / _ : BETHESDA ____