



SIRCUM

*Sistema de Informação
para Rastreamento de
Câncer de Mama*

O Sistema de Informação para Rastreamento de Câncer de Mama (SIRMAMA) é um protótipo de alta definição de um sistema de organização e gerenciamento do acesso à Atenção Primária focado na saúde mamária e rastreamento do câncer de mama, cujo funcionamento permite o monitoramento do rastreio do câncer de mama na rede de assistência pública do município de Fortaleza.

O intuito inicial é permitir um rastreamento organizado do câncer de mama nas mulheres com idade adequada para fazê-lo, melhorando o acesso a consultas e realização de mamografias de rotina de acordo com a faixa etária.

Por meio de um rastreamento organizado, o câncer de mama pode ser detectado por sintomas relatados pelas pacientes nas visitas domiciliares, busca ativa de pacientes com alto risco para câncer, agendamento de consultas e exames de rotina, podendo resultar em um diagnóstico numa fase mais precoce e permitindo um maior índice de cura.



Caso você já tenha feito o cadastro e queira acessar a sua conta, clique no botão de login.

LOGIN

Caso você não tenha feito o cadastro e queira criar a sua conta, clique no botão de cadastro e siga os próximos passos.

CADASTRO

Primeiramente, informe seu cargo/função.

CADASTRO 01 : Agente Comunitário de Saúde / Enfermeiro de Família / Médico de Família / Gestor Local

CADASTRO 01

CADASTRO 02 : Gestor Regional

CADASTRO 02

CADASTRO 03 : Gestor Municipal

CADASTRO 03

Preencha as informações abaixo e confirme.

Nome completo:

Data de Nascimento: / /

CPF:

Endereço:

CEP:

Telefone: Telefone fixo (opcional):

CNS: N° de Matrícula na prefeitura:

Regional: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
☐ VII ☐ VIII ☐ IX ☐ X ☐ XI ☐ XII

Lotação (UAPS):

Para finalizar, escolha a sua senha e confirme.

Senha: Confirmação de senha:

[Termos de uso e privacidade](#) ☐ Aceitar os termos de uso e privacidade

CONFIRMAR



SIRCUM

Sistema de Informação
para Rastreamento de
Câncer de Mama

Primeiramente, informe seu cargo/função.

CADASTRO 01 : Agente Comunitário de Saúde / Enfermeiro de Família / Médico de Família / Gestor Local

CADASTRO 01

CADASTRO 02 : Gestor Regional

CADASTRO 02

CADASTRO 03 : Gestor Municipal

CADASTRO 03

Preencha as informações abaixo e confirme.

Nome completo:

Data de Nascimento:

CPF:

Endereço:

CEP:

Telefone: Telefone fixo (opcional):

CNS: N° de Matrícula na prefeitura:

Regional: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
☐ VII ☐ VIII ☐ IX ☐ X ☐ XI ☐ XII

Para finalizar, escolha a sua senha e confirme.

Senha: Confirmação de senha:

[Termos de uso e privacidade](#) ☐ Aceitar os termos de uso e privacidade

CONFIRMAR



SIRCUM

Sistema de Informação
para Rastreamento de
Câncer de Mama

Primeiramente, informe seu cargo/função.

CADASTRO 01 : Agente Comunitário de Saúde / Enfermeiro de Família / Médico de Família / Gestor Local

CADASTRO 01

CADASTRO 02 : Gestor Regional

CADASTRO 02

CADASTRO 03 : Gestor Municipal

CADASTRO 03

Preencha as informações abaixo e confirme.

Nome completo:

Data de Nascimento: / /

CPF:

Endereço:

CEP:

Telefone: Telefone fixo (opcional):

CNS: N° de Matrícula na prefeitura:

Para finalizar, escolha a sua senha e confirme.

Senha: Confirmação de senha:

[Termos de uso e privacidade](#) ☐ Aceitar os termos de uso e privacidade

CONFIRMAR

 Cadastro
de pacientes

 Navegação
de pacientes

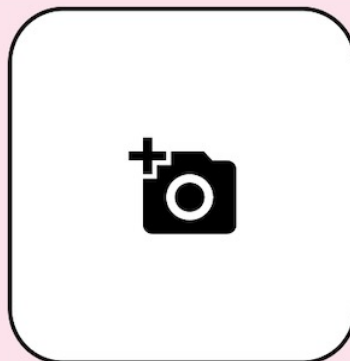
 Agendamentos
Exames/Consultas

 Consultas
ambulatórias

 Relatórios

 Estatísticas
/ Indicadores

 Ajuda e Contato



Nome*:

Idade*: Data de nascimento*:

Data de óbito:

CPF*: RG*: CEP*:

Endereço:

Complemento:

Microárea:

Telefone*: Telefone fixo:

STATUS*: ☐ Tudo certo Email:

☐ Alerta

☐ Atraso

Cartão SUS*:

Prontuário UAPS*:

ARQUIVOS DO PACIENTE

Adicionar

CONFIRMAR CADASTRO

Tudo certo - Nenhum indicador apontando risco

Alerta - Existência de algum risco de câncer

Atraso - Alto indicador de probabilidade de câncer



VISITA DOMICILIAR



Nome: Maria de Lurdes Gonçalves

Idade: XX anos Data de nascimento: XX/XX/XXXX

CPF: XXXXXXXXXXXX RG: XXXXXXXXXXXX

CEP: XXXXXXXX Cartão SUS:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Data da visita domiciliar

Mês: Fevereiro

Ano: 2024

Problemas identificados:

- ☒ nódulo palpável na mama ou axila
- ☐ fluxo papilar espontâneo, transparente e/ou sanguinolento
- ☒ exame de imagem mamária com alteração
- ☐ necessidade de rastreamento de câncer de mama

outro:

História familiar de outro tipo de câncer:

- ☒ não
- ☐ sim (localização do câncer no corpo/grau de parentesco/idade do diagnóstico no parente):

História familiar de câncer de mama:

- ☒ não
- ☐ sim (grau de parentesco/idade do diagnóstico no parente):

Última mamografia realizada (mês/ano): 14/05/2023

- ☒ SUS
- ☐ Convênio
- ☐ Particular
- ☐ Não está na idade de realizar a mamografia de rotina



Cadastro
de pacientes



Navegação
de pacientes



Agendamentos
Exames/Consultas



Consultas
ambulatoriais



Relatórios



Estatísticas
/ Indicadores



Ajuda e Contato



ARQUIVOS DE VISITA DOMICILIAR

Fevereiro de 2024

Janeiro de 2024

Dezembro de 2023

Novembro de 2023

Outubro de 2023

Setembro de 2023

Agosto de 2023

Julho de 2023

Junho de 2023

Maio de 2023

AGENDAMENTOS EXAMES/CONSULTAS

 Cadastro
de pacientes

 Navegação
de pacientes

 Agendamentos
Exames/Consultas

 Consultas
ambulatoriais

 Relatórios

 Estatísticas
/ Indicadores

 Ajuda e Contato

Lista de Profissionais

Carolina Barbosa de Oliveira (CPM-CE: XXXXXX) - Médica (A)

Israel Ribeiro



CALENDÁRIO

MÊS :

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

Lista de Profissionais

Carolina Barbosa de Oliveira (CRM-CE : XXXXXX) | MÉDICO(A)



Israel Ribeiro Batista (COREN-CE : XXXXX) | ENFERMEIRO(A)





Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Idade: XX anos Cartão SUS:XXXXXXXXXXXXXXXXX Email:XXXXXXXXXXXXXXXXX
CPF: XXXXXXXXXX RG: XXXXXXXXXX Data de nascimento: XX/XX/XXXX Telefone: 85 9 XXXX XXXX Telefone fixo: XXXX XXXX
Endereço: XXX Microárea: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Queixa principal:

- ☐ rastreamento
☐ nódulo palpável
☐ fluxo papilar espontâneo, transparente e/ou sanguinolento
☐ exame alterado

outra:

História familiar de câncer de mama:

- ☐ não
☐ sim (grau de parentesco/idade do diagnóstico no parente):

História familiar de outro tipo de câncer:

- ☐ não
☐ sim (localização do câncer no corpo/grau de parentesco/idade do diagnóstico no parente):

Tabagismo:

- ☐ não
☐ sim

Alcoolismo:

- ☐ não
☐ sim

Antecedentes mamários:

Punções mamárias:

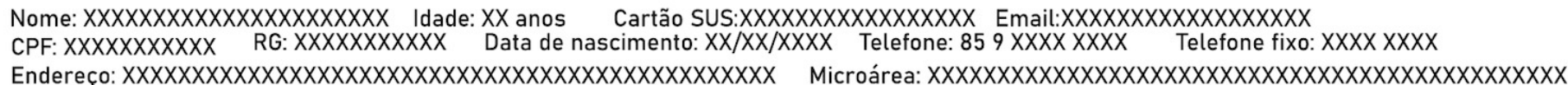
- ☐ não
☐ sim (em qual mama; data; resultado):

Biópsias mamárias:

- ☐ não
☐ sim (em qual mama; data; resultado):

Cirurgia na mama:

- ☐ não
☐ sim:
- ☐ biópsia cirúrgica incisional (em qual mama? em que ano o último procedimento?):
☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ biópsia cirúrgica excisional (em qual mama? em que ano o último procedimento?):
☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ centrectomia (em qual mama? em que ano o último procedimento?):
☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ segmentectomia/quadrantectomia (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ ductectomia ou exérese de ductos (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ mastectomia (em qual mama? em que ano o último procedimento?):
☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ mastectomia poupadora de pele (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ biópsia do linfonodo sentinela (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ linfadenectomia/esvaziamento axilar (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ mamoplastia redutora (em qual mama? em que ano o último procedimento?):
☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ inclusão de implantes/próteses mamárias (em qual mama? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ reconstrução mamária (em qual mama? em que ano o último procedimento?):
☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)
- ☐ outro tipo de cirurgia na mama ou axila (que tipo de cirurgia? em qual localização? em que ano o último procedimento?): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA** | DATA (ANO)



☐ não
☐ sim (em qual mama; data): ☐ **ESQUERDA** ☐ **DIREITA**

DATA (ANO)

☐ não

☐ sim (em qual mama? em que ano?):

☐ ESQUERDA

☐ DIREITA

DATA (ANO)

☐ não

☐ sim

Peso: **Altura:**

IMC:

- ☐ peso normal
- ☐ sobrepeso
- ☐ obesidade

- ☐ não realizado
- ☐ normal
- ☐ alterado:
 - ☐ lesão papilar
 - ☐ confirmação de fluxo papilar transparente e/ou sanguinolento
 - ☐ nódulo (tamanho/localização):
 - ☐ espessamento (tamanho/localização):
 - ☐ linfonodo axilar palpável e clinicamente suspeito (tamanho/localização):
 - ☐ linfonodo supraclavicular palpável (tamanho/localização):
 - ☐ outra alteração:

Mamografia: DATA: BI-rads: ☐ 0 ☐ 3 ☐ 4c
☐ SUS ☐ 1 ☐ 4a ☐ 5
☐ Convênio ☐ 2 ☐ 4b ☐ 6
☐ Particular

Principais achados:

Ultrassonografia de mamas e axilas: DATA:

☐ SUS	BI-rads: ☐ 0	☐ 3	☐ 4c
☐ Convênio	☐ 1	☐ 4a	☐ 5
☐ Particular	☐ 2	☐ 4b	☐ 6

Principais achados:

Outros exames (tipo de exame/data/resultado):

Hipótese diagnóstica:

Conduta:

Deseja solicitar algum exame?

MAMOGRAFIA

ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA

MAGNIFICAÇÃO

COMPRESSÃO SELETIVA

Outro exam?

Deseja solicitar/realizar agendamento de consulta de retorno/consulta subsequente?

SIM

CONCLUIR >

ESTATÍSTICAS / INDICADORES (CRIAÇÃO DO RELATÓRIO)

TIPO DE AMOSTRAGEM

☐ Mamografias em atraso ☐ Cobertura mamográfica

TIPO DE GRÁFICOS

☐ Mapa de calor ☐ Gráfico de colunas

FILTROS

Bairro:

Microárea:

Idade:

☐ De 40 - 50 anos

☐ De 50 - 69 anos

☐ Mais de 69 anos

Período da pesquisa:

Início / /

Fim / /

Área:

Rua:

TIPO DE ARQUIVO GERADO

TXT

PDF

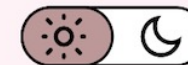
XML

EXCEL

WORD

ADICIONAR COMENTÁRIO

GERAR ARQUIVO 



Cadastro
de pacientes



Navegação
de pacientes



Agendamentos
Exames/Consultas



Consultas
ambulatoriais



Relatórios



Estatísticas
/ Indicadores



Ajuda e Contato

PERGUNTAS OU DÚVIDAS



FILTROS

Segurança e Privacidade

Serviços e Ações

Sobre relatórios



HELP DESK
(XX) X XXXX XXXX

Para mais dúvidas, mande
um e-mail para a conta
xxxxxxxxxxxxx@gmail.com



SAIR