

FORMULÁRIO DE REPORTE DE CASOS CONFIRMADOS DE BIA-ALCL:

1. Identificação da doente: (ex: m r p c)
2. Idade: (anos)
3. Instituição de Saúde de diagnóstico:
4. Características do implante: (ex: gel de silicone/soro + texturada/nanotexturada/lisa/outras)
5. Data de colocação de Implante (prótese/expansor): d/ m/ ano
6. Implantes prévios
 - ☐ Sim. Que tipo? (ex: texturada/nanotexturada/lisa/outras)
 - ☐ Não
7. Âmbito da colocação
 - ☐ Estética:
 - ☐ Reconstructiva
8. Início dos Sintomas: (ex: data e apresentação/sintomas)
9. Sintomas:
 - ☐ Seroma de recorrência > 1 ano após a colocação de implante
 - ☐ Contratura capsular
 - ☐ Massa
 - ☐ Adenopatias (loco regional, à distancia)
 - ☐ Alterações cutâneas
 - ☐ outra : _____
10. Diagnostico ALCL (CD30+ ALK-)
 - ☐ Aspiração eco guiado de seroma recorrente
 - ☐ Biópsia cirúrgica (massa e/ou seroma + cápsula)
 - ☐ Achados intra-operatórios suspeitos de ALCL (massa e/ou seroma + cápsula)
11. Estadio ALCL : (TNM / stage)
12. Tratamento ALCL: (ex: capsulectomia parcial/total, explantação, QT ...)
13. Follow-up : (ex: remissão)