

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_

DADOS DO PACIENTE		
<b>Nº Prontuário Clínico:</b>		
<b>Nome Completo:</b>		
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____	
<b>Cor:</b> <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta		
<b>Número SUS:</b>	<b>Profissão:</b>	
<b>Estado civil:</b>	<b>Naturalidade:</b>	
<b>Endereço:</b>		<b>Nº:</b>
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Fumante:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex-fumante		
<b>Etilista:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex-etilista		
<b>Observação:</b>		
DADOS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA REQUISIÇÃO		
<b>Dr(a):</b>		
<b>Endereço:</b>		<b>Nº:</b>
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>CEP:</b>	<b>E-mail</b>	
<b>Tel: ( )</b>	<b>Cel: ( )</b>	
DADOS REFERENTES A LESÃO		
<b>Data do procedimento:</b> ____/____/____		
<b>A lesão é:</b> <input type="checkbox"/> Extraóssea <input type="checkbox"/> Intraóssea <input type="checkbox"/> Intra e Extraóssea		
<b>Local do espécime:</b>		
<input type="checkbox"/> Gengiva	<input type="checkbox"/> Dente	
<input type="checkbox"/> Mucosa	<input type="checkbox"/> Pericoronário	
<input type="checkbox"/> Semimucosa	<input type="checkbox"/> Periapical	
<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Ósseo	
<input type="checkbox"/> Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Tecido mole	
<input type="checkbox"/> Glandular	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Linfóide		
<b>Localização:</b>		
<b>Tempo de evolução:</b> ____ <input type="checkbox"/> Dia(s) <input type="checkbox"/> Semana(s) <input type="checkbox"/> Mês(es) <input type="checkbox"/> Ano(s)		
<input type="checkbox"/> Congênita		
<input type="checkbox"/> Desconhecido		
<b>Tamanho:</b> ____ x ____ x ____ mm		
<b>Descrição clínica e imagiológica:</b>		
<b>Tipo de biópsia:</b> <input type="checkbox"/> Parcial (incisional) <input type="checkbox"/> Total (excisional)		
<b>Hipótese(s) de diagnóstico(s):</b>		

Para uso do laboratório (*Favor imprimir no verso do formulário*)

**MACROSCOPIA**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Número de fragmentos:** \_\_\_\_\_

**Tipo de tecido:**  mole  duro

**Consistência:**  dura  firme  flácida  elástica  \_\_\_\_\_

**Forma:**  oval  elíptica  retangular  irregular  \_\_\_\_\_

**Superfície:**  lisa  rugosa  brilhante  irregular  \_\_\_\_\_

**Cor:**  branca  preta  cast-claro  cast-escuro  \_\_\_\_\_

**Tamanho:** \_\_\_\_ x \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mm

\_\_\_\_F\_\_\_\_B

**Obs:**

**Sobra:**  Sim  Não

**Realizada por:** \_\_\_\_\_

**MICROSCOPIA**

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Obs:**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Patologista:** \_\_\_\_\_