

REQUISIÇÃO PARA EXAME ANATOMOPATOLÓGICO BUCOMAXILOFACIAL

BIÓPSIA: EXCISIONAL INCISIONAL
 CURETAGEM RASPAGEM
 OUTROS _____

NOME: _____ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG/CPF: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME DA MÃE: _____

MATERIAL: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: _____

HISTÓRICO/HÁBITOS: _____

SINTOMAS: ASSINTOMÁTICO DOR ARDÊNCIA OUTRO _____

TEMPO DE EVOLUÇÃO: _____

FATOR ETIOLÓGICO PROVÁVEL: _____

LESÃO FUNDAMENTAL:

MÁCULA PÁPULA/NÓDULO EROSIÃO/ÚLCERA VESÍCULA/BOLHA OUTRO _____

COR: _____

BRANCA ERITEMATOSA AMARELADA OUTRA _____

IMPLANTAÇÃO: _____

SÉSSIL PEDICULADA

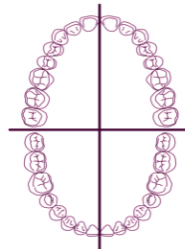
ASSOCIADO AO DENTE: NÃO SIM

COROA RAIZ APICAL RAIZ LATERAL OUTRO _____

IMAGEM: NÃO SIM

RADIOPACA RADIOLÚCIDA CÍSTICA OUTRA _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



DATA E HORA DA COLETA: ____/____/____ ____:____

ASSINATURA: _____

MÉDICO / CRM: _____

ENVIAR REQUISIÇÕES
 ENVIAR FRASCOS/CARTELAS
 URGÊNCIA