



Pedido de exame:

( ) Anátomo – patológico

( ) Citológico

Nº Laboratório

--	--	--	--	--

## PEDIDO DE EXAME

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Parda

Procedência: ( ) SLM Prontuário nº \_\_\_\_\_ ( ) HMMG

( ) Prefeitura \_\_\_\_\_ ( ) Particular

( ) USF ( ) UNISANTA

( ) Outros \_\_\_\_\_

Operador: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Se interno, informar o curso e o coordenador: ( ) aluno atual ( ) ex-aluno

Curso: \_\_\_\_\_ Coordenador: \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Local da lesão: \_\_\_\_\_

Lesão: ( ) Mancha / Mácula ( ) Placa ( ) Pápula / Nódulo ( ) Úlcera ( ) Vesícula / Bolha

Cor: \_\_\_\_\_ Tamanho: \_\_\_\_\_mm Sintomatologia: \_\_\_\_\_

Tempo de evolução: \_\_\_\_\_ Vitalidade dentária: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Aspecto radiográfico: \_\_\_\_\_

Radiografias: ( ) Panorâmica (quantidade: \_\_\_) ( ) Periapical (quantidade: \_\_\_)

( ) Oclusal (quantidade: \_\_\_) ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Biópsia: ( ) Incisional ( ) Excisional ( ) Curetagem ( ) Aspiração ( ) Peça cirúrgica

Fixador: ( ) Formol 10% ( ) Álcool absoluto ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Hábitos e vícios: ( ) Fumante ( ) Etilista ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Hipóteses diagnosticadas: \_\_\_\_\_

Informações complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames prévios SLM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TERMO DE CESSÃO DE INFORMAÇÕES PELO GUARDIÃO DE DADOS

O presente documento é firmado entre o Instituto e Centro de Pesquisas São Leopoldo Mandic - Laboratório de Patologia Bucal e o Sr. \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_ Responsável e guardião dos dados e amostras do paciente: \_\_\_\_\_

Neste documento, o guardião acima citado, declara que todos os dados por ele(a) informados são verdadeiros e que esta consciente e devidamente informado(a) de que as informações e amostras/exames aqui cedidos sobre o paciente específico podem ser utilizados para fins de estudo e aprendizado, apresentação em congressos, publicação de livros e revistas ou outras atividades científicas, tanto no país como no exterior, respeitando toda legislação vigente em relação ao assunto mantendo a privacidade pessoal do paciente e guardião.

\_\_\_\_\_  
Guardião dos dados

### USO DO LABORATÓRIO - EXAME MACROSCÓPICO

O material recebido consta de \_\_\_\_\_ fragmento(s) de tecido \_\_\_\_\_

**Medindo:** \_\_\_\_\_ mm x \_\_\_\_\_ mm x \_\_\_\_\_ mm o menor. **Formato:** ( ) Irregular ( ) Nodular ( ) Alongado ( ) \_\_\_\_\_

**Superfície:** ( ) Irregular ( ) Papilomatosa ( ) Lisa ( ) \_\_\_\_\_ **Coloração:** ( ) Acastanhada ( ) Enegrecida ( )

Pardacenta ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada - Com áreas \_\_\_\_\_ **Consistência:** ( ) Fibrosa ( ) Friável ( ) Borrachóide ( )

Pétreo

( ) O material foi \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ fragmentos seguiram para inclusão.

( ) O material seguiu para inclusão. ( ) O material seguiu para descalcificação.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_



#### Exame Microscópico