

Nome do Paciente: _____ Data de nascimento: / /
CPF: _____ Etnia: _____ Fototipo: _____
Sexo: M F Estado Civil: _____ Profissão: _____
Nacionalidade: _____ Email: _____ Telefone: _____
Endereço: _____ CEP: _____
Data da Coleta: / / Convênio: _____ Nº da Carteirainha: _____
Médico: _____ Tel. Contato do Médico: _____
Endereço da Clínica: _____

Biópsia Exérese **SOLICITA AVALIAÇÃO DAS MARGENS:** SIM NÃO
 Revisão de Lâmina Imunohistoquímico Imunofluorescência Hibridização in situ
 Imunohistoquímico-nervo Outros

Exame anatomopatológico anterior: SIM NÃO Número: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ATUAL:

LOCAL DA BIÓPSIA:

LESÃO ÚNICA?

TEMPO DE APARECIMENTO DA LESÃO:

DESCRIÇÃO DA LESÃO:

Assinatura do médico (carimbo com CRM)

A partir deste ato, fica esclarecido ao paciente o destino do material coletado, sendo de responsabilidade do médico solicitante informar que o mesmo será encaminhado ao Laboratório Gilles, sob responsabilidade técnica do Dr. Gilles Landman - CRM Nº 34494.