

Nome:

Sexo:

Idade:

Raça:

Profissão:

Naturalidade:

Procedência:

Fone:

Médico:

Hospital:

Biópsia Data: / /

Horário:

Microscopia Óptica

Imunofluorescência

História Clínica:

Antecedentes Pessoais:

Antecedentes Familiares:

Medicações em uso:

**DADOS LABORATORIAIS**

Proteinúria:  Sim  Não

Dosagem:

Hematúria  Sim  Não

Dismorfismo:  Presente  Ausente

Cilindrúria:  Sim  Não

Creatinina:

Uréia:

Complemento:

Outros marcadores sorológicos:

**ANATOMIA PATOLÓGICA | CITOPATOLOGIA | IMUNOPATOLOGIA**