

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_\_ Hora da coleta: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO CLÍNICA:**

• Locais biopsiados: \_\_\_\_\_

• Perda de pelos: a) difusa: \_\_\_\_\_  
b) localizada em que região (ões): \_\_\_\_\_• Evidência de inflamação:  Eritema  Pústula  Pápulas Foliculares  
 Descamação perifolicular  Hiperpigmentação

• Os pelos são de comprimento uniforme?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
• Há evidência de perda de pelos permanentes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
• Há sinais de obliteração do óstio folicular?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
• A densidade pilosa é normal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
• Há lesão fora do couro cabeludo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
• Houve tratamento prévio da alopecia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
• Há alteração laboratorial?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

• Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO:**

Eu, paciente já qualificado acima, declaro que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o laboratório CIPAC Diagnósticos, no endereço citado neste documento, para realização dos exames de anatomia patológica.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

