

**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?  Sim  Não
  - Há evidência de perda de pelos permanentes?  Sim  Não
  - Há sinais de obliteração do óstio folicular?  Sim  Não
  - A densidade pilosa é normal?  Sim  Não
  - Há lesão fora do couro cabeludo?  Sim  Não
  - Houve tratamento prévio da alopecia?  Sim  Não
  - Há alteração laboratorial?  Sim  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: \_\_\_\_\_



**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: \_\_\_\_\_

• Outros locais acometidos: \_\_\_\_\_

• Dados clínicos: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO:**

Biópsia incisional com punch

Biópsia excisional com punch

Curetagem

Biópsia incisional com bisturi

Biópsia excisional com bisturi

Clipping ungueal

Retalho cutâneo

Shaving

• 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: \_\_\_\_\_

