

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ Sexo biológico: _____ Etnia: _____

Nome social: _____ CPF: _____

Data de nascimento: _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Convênio: _____ Data da coleta: _____ Hora da coleta: _____

Microscopia Ótica ☐Imunofluorescência ☐

História Clínica: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Antecedentes Familiares: _____

Medicações Em Uso: _____

DADOS LABORATORIAIS:Proteinúria: ☐ Sim ☐ Não Dosagem: _____Hematúria: ☐ Sim ☐ Não Dismorfismo: ☐ Presente ☐ AusenteCilindrúria: ☐ Sim ☐ Não

Creatinina: _____ Ureia: _____ Complemento: _____

Outros Marcadores Sorológicos: _____

Médico: _____ CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Eu, paciente 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 solicitados.

Estou ciente de que deverei efetuar o pagamento de serviço prestado não autorizado ou que porventura seja negada a cobertura pelo convênio ou plano de saúde. Autorizo desde já o **Cipac Diagnósticos** a efetuar a cobrança dos valores referentes a este exame em caráter particular, através de cobrança direta.

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____



PARA USO DO LABORATÓRIO

IMUNOFLUORESCÊNCIA N°IF _____

Número de Glomérulos: _____

IgA: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

IgM: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

IgG: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

C3: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

Kappa: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

Lambda: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

C1q: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

C4d: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____

Fibrinogênio: (_____ glomérulos)

Padrão: _____ Distribuição: _____