

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: _____

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 permanente de pelos?	<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.

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: _____

Leia o QR Code
e acesse as
Orientações
de Coleta para
Investigação
de Alopecia:

