

REQUISIÇÃO PARA EXAME ANATOMOPATOLÓGICO BUCOMAXILOFACIAL

BIÓPSIA: EXCISIONAL INCISIONAL
 CURETAGEM RASPAGEM
 OUTROS _____

NOME: _____

IDADE: _____ CONVÊNIO: _____ SEXO: M F

MATERIAL: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: _____

HISTÓRICO/HÁBITOS: _____

SINTOMAS: ASSINTOMÁTICO DOR ARDÊNCIA OUTRO _____

TEMPO DE EVOLUÇÃO: _____

FATOR ETIOLÓGICO PROVÁVEL: _____

LESÃO FUNDAMENTAL:

MÁCULA PÁPULA/NÓDULO EROSIÃO/ÚLCERA VESÍCULA/BOLHA OUTRO _____

COR:

BRANCA ERITEMATOSA AMARELADA OUTRA _____

IMPLANTAÇÃO:

SÉSSIL PEDICULADA

ASSOCIADO AO DENTE:

COROA RAIZ APICAL NÃO RAIZ LATERAL

IMAGEM:

RADIOPACA RADIOLÚCIDA NÃO CÍSTICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA: _____

MÉDICO / CARIMBO: _____

LIMITES:

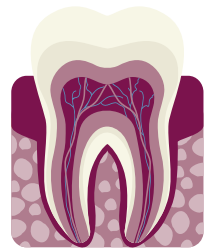
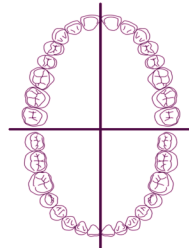
PRECISOS IMPRECISOS

SIM

OUTRO _____

SIM

OUTRA _____



ENVIAR REQUISIÇÕES

ENVIAR FRASCOS/CARTELAS