

Nome completo:

(Não abreviar)

Fototipo

(fitzpatrick)

1 2 3 4 5 6  
□ □ □ □ □ □

Exame solicitado:

☐ Anatomopatológico

☐ Imunoistoquímica

(Especificar N° exame)

☐ Congelação

☐ Revisão de Lâminas

(Especificar N° exame)

☐ Exame Molecular

(Especificar Exame)

☐ Imunofluorescência

(Solicitar meio de michel com antecedência)

☐ Outros

(Especificar)

☐ Citopatológico

☐ Raspado cutâneo

☐ Tzanck

Material (Órgão / Localização):

Procedimentos / Tipos de amostras:

Horário da coleta:

☐ Biópsia

☐ Shaving

☐ Saucerização

☐ Ressecção / Peça Cirúrgica

☐ Ampliação de margens cirúrgicas

☐ Outros

(Especificar)

Exames anteriores:

☐ Não

☐ Sim

(Especificar resultados relevantes)

Uso de medicamentos:

☐ Não

☐ Sim

(Especificar se relevante)

CID: Tratamento prévio: ☐ Não ☐ Sim ☐ Corticoides ☐ PUVA ☐ QT/RT

Dados / Hipóteses Clínicas:

Preencher em caso de ALOPECIA:

Perda de pelos: ☐ Difusa: ☐ Localizada em:

Marque se há evidência de inflamação

☐ Eritema ☐ Pústula ☐ Pápulas foliculares ☐ Descamação peri-folicular ☐ Hiperpigmentação

Pelos de comprimento Uniforme: ☐ Sim ☐ Não

Evidência de perda de pelos permanente: ☐ Sim ☐ Não

Lesão fora do couro cabeludo: (Líquen Plano? Lúpus Eritematoso?) ☐ Sim ☐ Não

Sinais de obliteração do óstio folicular: ☐ Sim ☐ Não

Alteração do TSH:

☐ Sim ☐ Não

A densidade pilosa é normal?

☐ Sim ☐ Não

Houve tratamento prévio da Alopecia:

☐ Sim ☐ Não

Alteração da Ferritina:

☐ Sim ☐ Não

Local do procedimento: ☐ Hospital / Clínica: ☐ Consultório:

Data: / /

Assinatura e carimbo:

Informações de pagamento: ☐ Convênio ☐ SUS ☐ Particular