



RQ - 0954 IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA EM BIÓPSIA RENAL

Identificação do Paciente

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/_____
Diagnóstico sintomático e/ou hipótese diagnóstica: _____

Dados Clínicos

Diabetes: () sim () não

Hipertensão: () sim () não

Edema: () sim () não

Sangue na urina: () sim () não

Vírus da Hepatite B ou C: () sim () não

Problemas hepáticos: () sim () não

Urina espumosa: () sim () não

Diarreia recente: () sim () não

HIV: () sim () não

Gravidez recente: () sim () não

Problemas cardíacos (válvulas, endocardite): () sim () não

Transplante: () sim, qual? _____ () não

Tumores malignos diagnosticados: () sim () não

Lúpus: () sim () não

Artrite reumatoide: () sim () não

Esclerodermia: () sim () não

Usa anti-inflamatório/analgésicos: () sim () não

Parentes com doenças renais ou em diálise: () sim () não

Ultrassonografia

Ecogenicidade alterada: () sim () não

Tamanho: () reduzido () normal () aumentado

Afilamento cortical: () sim () não

Topografia/Região/Local da biópsia: _____

Número de fragmentos colhidos: _____

Agulha: () 16G () 18G

Médico

Nome: _____ CRM _____

Local/ Data: _____

Carimbo e assinatura médica

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01