

RQ-0954 IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA EM BIÓPSIA RENAL**Identificação do paciente**

Nome Completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Diagnóstico sintomático e/ou hipótese diagnóstica: _____

Dados clínicosDiabetes: sim nãoHipertensão: sim nãoEdema: sim nãoSangue na urina: sim nãoVírus da Hepatite B ou C: sim nãoProblemas hepáticos: sim nãoUrina espumosa: sim nãoDiarreia recente: sim nãoHIV: sim nãoGravidez recente: sim nãoProblemas cardíacos (válvulas, endocardite): sim nãoTransplante: sim, qual? _____ nãoTumores malignos diagnosticados: sim nãoLúpus: sim nãoArtrite reumatoide: sim nãoEsclerodermia: sim nãoUsa anti-inflamatório/analgésicos: sim nãoParentes com doenças renais ou em diálise: sim não**Ultrassonografia**Ecogenicidade alterada: sim nãoTamanho: reduzido normal aumentadoAfilamento cortical: sim não

Topografia/Região/Local da biópsia: _____

Número de fragmentos colhidos: _____

Agulha: 16G 18G**Médico**

Nome: _____ CRM: _____

Local/ Data: _____

Carimbo e assinatura médica