

RQ-0953 IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA EM BIÓPSIA DE PELE**Identificação do paciente**

Nome Completo: _____

Data: ____ / ____ / ____ Sexo: Feminino Masculino

Nome do clínico: _____

Telefone: () _____

Dados clínicos

Topografia (local/região) da amostra/biópsia: _____

A biópsia foi realizada: na lesão na região ao redor da lesão

Há quanto tempo apareceu a lesão? _____

Está usando corticoide na lesão? sim nãoAnteriormente usou corticoide? sim não

Há quanto tempo foi interrompido o uso do corticoide? _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Fez anteriormente biópsia e exame Anatomopatológico da lesão? sim não

Se sim, qual o diagnóstico? _____

Carimbo e assinatura médica

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