

Programa Estadual de Detecção Precoce do Câncer Bucal
REQUISIÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

CNES da Unidade de Saúde: _____

Unidade de Saúde: _____

Município: _____ Prontuário: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS: _____

Nome Completo: _____

Sexo: () M () F Etnia: _____ Raça/Cor: _____

CPF: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Dados Residenciais

Logradouro: _____

Número: _____ Bairro: _____ Complemento: _____

Código do Município: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____

Ponto de Referência: _____

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Pedido: () Anatomopatológico () Citológico

Em caso de Anátomo-patológico assinalar: () Biópsia Excisional () Biópsia Incisional

Fixador utilizado: () Solução de Formol a 10% () Álcool _____ Concentração () Outro _____

Localização: () Óssea () Mucosa (em caso de lesão óssea obrigatoriamente anexar RX)

Lesão Fundamental:

() Mancha () Placa () Pápula () Nódulo () Massa Nodular () Atrofia

() Erosão () Úlcera () Vesícula () Bolha () Pústula

Tamanho (em mm): _____

Coloração: () rósea () Esbranquiçada () Acastanhada

() Violácea/Vinhosa () Negra () Avermelhada () Azulada

Consistência: () Macia () Elástica () Fibrosa () Firme/Endurecida () Óssea

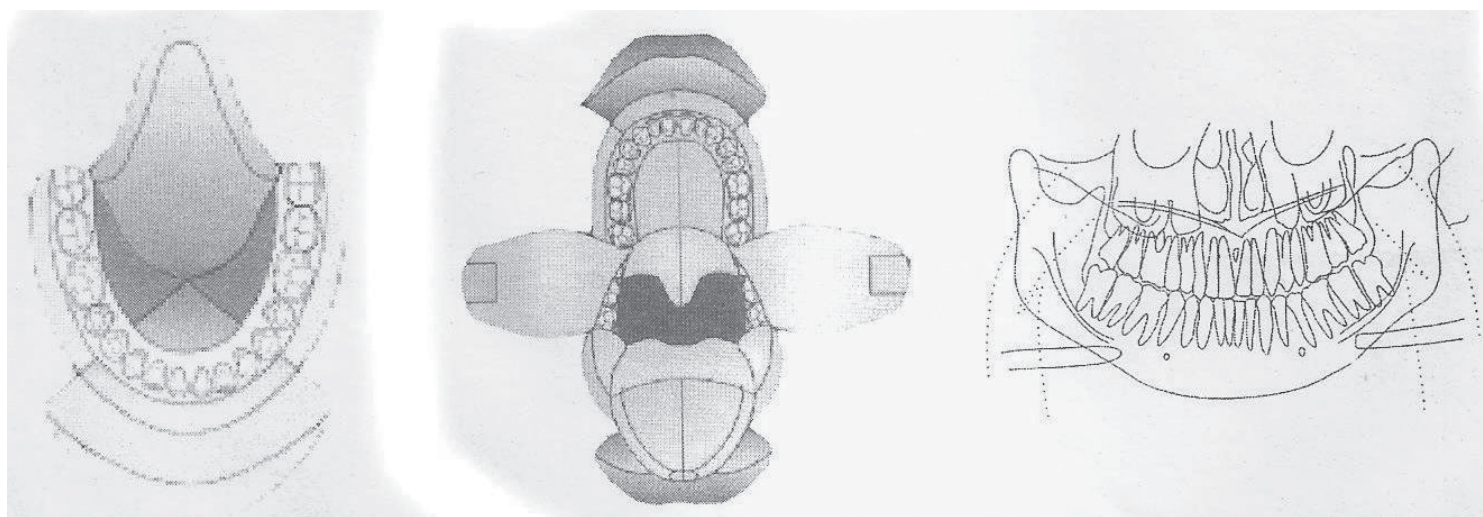
Inserção: () Pediculada () Sésil

Sintomatologia: () Ausente () Presente Tempo de evolução: _____

Descrever aspecto radiográfico quando aplicável: _____

Informações do histórico médico, medicamentos, dados do trans-operatório e outras informações complementares: _____

Desenhe nos diagramas abaixo a correta localização, forma e tamanho aproximado da lesão:



Exame anátomo-patológico anterior (resultados e numeração): _____

Hipóteses diagnósticas: _____

Assinatura do Requisitante - Profissional

Profissional: _____ CRO _____

Email para resposta _____

Com cópia para cancerbucal.sesa@gmail.com

Termo de Consentimento (pais ou responsáveis)

Eu, _____, portador do RG _____, declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico para o laboratório, para realização de exames com finalidade diagnóstica. Autorizo o laboratório a utilizar os dados constantes no cadastro para fins de informações sobre processos de exames, análise e tratamento de dados que possam ser utilizados no diagnóstico e pesquisa científica, conforme Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD (lei 13.709/2018).

Assinatura do responsável: _____