



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
SERVIÇO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

NºLab _____

Data de execução da biópsia ____/____/____ Tel.: _____

Nome do operador: _____

Paciente: _____

CPF: _____ Sexo: M () F () Idade _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____

Cartão SUS: _____ Data de nascimento ____/____/____

Naturalidade: _____ Estado civil: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Telefones: () _____ CEP: _____

Cor: Branco () Pardo () Indígena () Preto () Profissão: _____

PEDIDO DE EXAMES: Anátomo Patológico () Citológico ()

PROCEDÊNCIA: Externo () Particular () Interno ()

Instituição: _____

Disciplina: _____

COR DA PELE: Branca () Negra () Amarela () Outras ()

HÁBITOS DO PACIENTE: Fumante () Não fumante ()

Etilista social () Etilista Crônico () Não etilista ()

ASPECTO CLÍNICO DE LESÃO EM MUCOSA

Nódulo / Pápula () Placa () Úlcera / Erosão ()

Vesícula () Mancha () Não se aplica ()

COLORAÇÃO DA LESÃO EM MUCOSA

Vermelha () Branca () Amarelada () Arroxeadada ()

Enegrecida () Cor da mucosa normal () Outras () Não se aplica ()

Duração da lesão: _____ Tamanho _____

Localização: _____

Radiografia acompanha o exame?

Não () Sim ()

Quais? _____

ASPECTO RADIOGRÁFICO EM CASO DE LESÃO ÓSSEA:

Radiolúcida ()

Misto ()

Multilocular ()

Radiopaca ()

Unilocular ()

Não se aplica ()

ASSOCIAÇÃO COM DENTE:

Coroa do dente ()

Dente: _____

Raiz / Ápice ()

Não associada ao dente ()

Raiz / Lateralmente ()

Não se aplica ()

VITALIDADE DENTAL:

Positiva ()

Negativa ()

Não executada ()

Não se aplica ()

FIXADOR:

Formol 10% ()

Outros: _____

TIPO DE BIÓPSIA:

Incisional ()

Excisional ()

Curetagem ()

Aspiração ()

Peça Cirúrgica ()

Punção Biópsia ()

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Informações complementares (doenças sistêmicas associadas, uso de medicamento, etc...):

EXAME MACROSCÓPICO