LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL

Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 325, 1º andar
Faculdade de Odontologia da UFRJ | Dep^to^ de Patologia e Diagnóstico Oral
labpatologiaoral@odonto.ufrj.br | (21) 3938-2087 | (21) 97085-7702 (WhatsApp)
Envio de amostras por correio – Caixa Postal 68003 | CEP: 21941-971

USO DO LABORATÓRIO
Registro: ____ /_____

Entrada: _____ /_____ / 20 _____

Versão 2024

FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME MICROSCÓPICO

Itens indispensáveis para a liberação do laudo (nome, idade, localização da lesão)

☐ HISTOPATOLÓGICO **☐ CITOPATOLÓGICO** **☐ INTERCONSULTA/REVISÃO**

☐ Biópsia Incisional ☐ Biópsia Excisional ☐ Peça cirúrgica ☐ Biópsia prévia nº: ☐Esfregaço ☐PAAF ☐Lâmina(s) ☐Bloco(s)

PACIENTE (Letra de forma sem abreviações)

Nome*: _____

Gênero: ☐ F ☐ M ☐ Outro Cor: ☐ B ☐ Pt ☐ Pd ☐ Am ☐ Ind Idade*: ____ DN: ___ /___ /_____ CPF: _____-__

Endereço: Cidade/UF:

CEP: Tel: Profissão: Nº CNS/SUS: _____

REQUISITANTE **ASSINATURA/CRO**

Profissional: WhatsApp:

e-mail: Cidade/UF:

Procedência: ☐ Particular ☐ FO-UFRJ: _____ ☐ HUCFF (pront.) ☐ Unidade de Saúde: _____ ☐ Outras Instituições: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Localização da lesão*:

Hipótese(s) diagnóstica(s):

História (doenças de base e medicações em uso):

Características clínicas da lesão

Lesão
☐ Nódulo / pápula
☐ Úlcera
☐ Mancha
☐ Placa
☐ Bolha / vesícula

Cor
☐ Normal
☐ Esbranquiçada
☐ Avermelhada
☐ Azul / arroxeada
☐ Castanha / negra
☐ Amarelada

Consistência
☐ Firme
☐ Dura
☐ Mole
☐ Flutuante

Superfície
☐ Lisa
☐ Irregular
☐ Papilar
☐ Moriforme
☐ Ulcerada
☐ Crostosa

Formato
☐ Irregular
☐ Redondo
☐ Fusiforme
☐ Outro

Base
☐ Séssil
☐ Pediculada

Dor
☐ Sim
☐ Não

Bordas
☐ Elevadas
☐ Planas

Contorno
☐ Regular
☐ Irregular

Tamanho: _____ X _____ cm

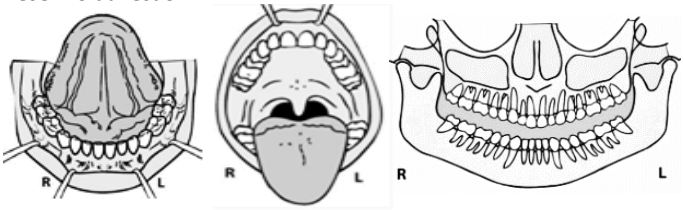
Linfonodos cervicais
☐ Fixos ☐ Móveis
☐ Doloridos ☐ Indolor
☐ Duros ☐ Normais

Duração _____
☐ Dias
☐ Semanas
☐ Meses
☐ Anos
☐ Congênita

Hábitos do paciente

Tabagismo ☐ S ☐ N Tipo: _____Tempo: _____ Quant: _____
Etilismo ☐ S ☐ N Tipo: _____ Tempo: _____ Quant: _____
Covid-19 ☐ S ☐ N nº de episódios: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Data: ___ /____
Vacina Covid ☐ S ☐ N nº de doses: __ última dose: ___ /___ /____

Desenho da lesão



O envio antecipado de fotos clínicas e exames de imagem por **WhatsApp (21-97085-7702)** agiliza o estabelecimento do diagnóstico microscópico.

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

- Prezado(a) paciente, a amostra coletada através de biópsia (ou esfregaço) será enviada para exame microscópico no Laboratório de Patologia Oral da FO-UFRJ.
- Os dados clínicos preenchidos, as fotos clínicas, os exames de imagens e os exames complementares fornecidos juntamente com esta ficha requisição são necessários para o estabelecimento do diagnóstico e poderão ser utilizados para fins acadêmicos, mantendo o anonimato do paciente.
- O laudo com o diagnóstico final será disponibilizado de forma eletrônica para o profissional solicitante do exame, no período médio de 2 e 3 semanas a partir do recebimento da amostra no laboratório. Declaro que li e concordo as informações fornecidas acima.

Data: ____ / ____ / _____ _____
Ciência do paciente (ou responsável)

USO DO LABORATÓRIO
DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO