



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE BIÓPSIA

Hospital:

Enfermaria:

Leito:

Apto.

Nº do Registro

Nome:

Data do Nascimento:

Sexo:

Cor:

Filiação:

MATERIAL REMETIDO: _____

RESUMO CLÍNICO: (data da última menstruação)

DATA

/ /

MÉDICO

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável

ESTA PARTE É RESERVADA AO PATOLOGISTA

MICROSCOPIA:

DATA

/ /

MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO PATOLOGISTA

Número de Fragmentos Remetidos a Técnica: _____

Microscopia: _____

Macro _____ Nº de Fotos _____

Foto Micro _____ Data _____

Técnicas Especiais _____

DATA

/ /

MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO PATOLOGISTA