



Centro Universitário do Pará  
Curso de Odontologia  
Serviço de Patologia Cirúrgica

Nº lab

Pedido de Exame: Anátomo-patológico ( ) Citológico ( )

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_

Nome do cirurgião \_\_\_\_\_ Tel. (s) do cirurgião \_\_\_\_\_

Data da execução da biópsia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail do cirurgião \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

Informações complementares (Doenças sistêmicas associadas, uso de medicamentos, etc): \_\_\_\_\_

Tipo de biópsia			
Incisional		Peça cirurgica	
Excisional		Aspiração	
Curetagem		Puncão	

Hábitos do pacientes	Tempo
Fumante: Sim ( ) Não ( )	
Etilista social Sim ( ) Não ( )	
Etilista crônico Sim ( ) Não ( )	
Destilada ( ) fermentada ( )	

Coloração da lesão	
Normal da mucosa	
Vermelha	
Branca	
arroxeadada	
enegrecida	
Outras:	
Não se aplica	

Aspecto clínico da lesão	
Nódulo/ Pápula	
Placa	
Úlcera/ erosão	
Mancha	
Não se aplica	

Sintomatologia	
Assintomática	
Sintomática	
Dor	
Tumefação	
Ferida	

Radiografia acompanha o exame? Não ( ) Sim ( ) Quais? \_\_\_\_\_

Duração da lesão: \_\_\_\_\_ Tamanho da lesão: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

Aspecto radiográfico para lesão intra-óssea	
Radiolúcida unilocular	
Radiolúcida multilocular	
Radiopaca	
Mista	
Não se aplica	

Associação com dente	
Qual dente?	
Coroa de dente	
Raiz/ ápice	
Raiz/ lateralmente	
Não associada	
Não se aplica	

Vitalidade dental	
Positiva	
Negativa	
Não executada	
Não se aplica	

As imagens podem ser enviadas para histopatologia@cesupa.br

PARA USO DO LABORATORIO – NÃO PREENCHER

O material recebido consta de \_\_\_\_\_ fragmento (s) de formato \_\_\_\_\_, coloração \_\_\_\_\_, superfície \_\_\_\_\_, consistência \_\_\_\_\_, Medindo \_\_\_\_\_