



CONHEÇA-SE PREVINA-SE

Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Clínica/Consultório: _____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: Fem. Masc. Cor: _____

Nacionalidade.: _____

Naturalidade: _____

Est. Civil: Cas.: Sol.: Viúvo; Outros:

Ocupação: _____ Profissão: _____

Natureza do material enviado (dados topográficos):

Retirado em: / / Fixador: _____

Resumo Clínico-Laboratorial:

Diagnóstico(s) provável (is): _____

Tempo de evolução: _____

Tratamentos prévios: _____

Método de Retirada:

Incisão: _____ Excisão: _____ Curetagem: _____ Citologia Esfoliativa:

Aspiração: _____ Punção: _____ Peça operatória: _____ Outros:

OBS:

1. Em anexo:

Resultados de exames laboratoriais (especificar):

Radiografias (especificar):

Tomografias (especificar):

Outros:

2. Pontos a serem especialmente investigados:

Cirurgião-dentista requisitante
CRO (Estado/nº)