

Nome completo:		Data:
Idade:	Sexo:	Nº da ficha
Nome do clínico:		Fone:

Local ou região onde foi realizada a biópsia:

A biópsia foi realizada	() na lesão?	() na região ao redor da lesão?
-------------------------	---------------	----------------------------------

Há quanto tempo apareceu a lesão?

Está usando corticóide na lesão?	() Sim	() Não
----------------------------------	---------	---------

Anteriormente usou corticóide?	() Sim	() Não
--------------------------------	---------	---------

Há quanto tempo foi interrompido o uso do corticóide?

Qual a hipótese diagnóstica do clínico?

Fez anteriormente biópsia e exame Anatomopatológico da lesão ?	() Sim	() Não
--	---------	---------

Se **sim**, qual o diagnóstico?.....