



UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
SISTEMA DE GESTÃO DOS LABORATÓRIOS

Identificação
LMC – FG 151

Revisão
02

Data
Setembro/2020

Página
01 de 01

FORMULÁRIO GERAL
FORMULÁRIO DE REGISTRO DE AMOSTRAS CLÍNICAS
PARA MICOLOGIA

DADOS DO REQUERENTE

Unidade de Saúde: ☐ AMCE ☐ Clínica Odontológica da UCS ☐ CES ☐ Outro: _____
☐ Particular
☐ Dr (a) ☐ Cirurgião-Dentista solicitante: _____
E-mail: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Data nascimento: ____/____/____
Idade: _____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
Documento: _____ ☐ RG ☐ CPF ☐ SUS
Nome da mãe: _____
Endereço: _____
Município: _____ Telefone: _____
E-mail: _____

DADOS DO EXAME/AMOSTRA

Data da coleta: ____/____/____

Responsável pela coleta: _____

Tipo de Ensaio: ☐ Ensaio micológico direto - **EMD** ☐ Ensaio micológico cultural - **EMC**

Amostra clínica

☐ Unha pé: ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Unha mão: ☐ Direito ☐ Esquerdo
☐ Pele pé: ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Pele: _____
☐ Língua ☐ Palato ☐ Lábios ☐ Mucosa jugal ☐ Outro material: _____

História da doença atual

História terapêutica