



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FIBROMAX

Todos os dados são imprescindíveis. A ausência de dados clínicos pode comprometer a conclusão do exame.

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino

Altura: _____ m Peso: _____ kg

Número do pedido: _____

DADOS DA COLETA

Data da coleta: ____/____/____ Médico solicitante: _____

CRM: _____

Exame solicitado: FIBROMAX

DADOS CLÍNICOS

Suspeita clínica: _____

Dados clínicos relevantes: _____

Exames anteriores: _____

Histórico familiar: _____

