

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_