

ESTUDO CITOGENÉTICO DE PELE

IDENTIFICAÇÃO:	Data - ___/___/201___	Hora da coleta- _____
Nome - _____		CPF _____
Idade - _____		Data nasc. - ___/___/___
Médico - _____		Fone - _____
Serviço- _____		Fone - _____
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____ _____ _____		
MATERIAL ENCAMINHADO: Pele: _____ Topografia da amostra: _____ N° de fragmentos _____ Topografia da amostra: _____ N° de fragmentos _____		
<u>OBSERVAÇÕES:</u> Endereço - _____ CEP _____ - _____ Fone p/ contato - () - _____ E-mail - _____ Nome de Responsável - _____ Hospital / lab - _____		

Horário de recebimento: 2ª a 6ª feira das 9 às 12:30 e 13:30 às 18:00 h.