

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HUPEST - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIDADE DO APARELHO DIGESTIVO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA



DATA: ___/___/20___. PRONT-HU: _____

NOME: _____

SEXO: _____ COR: _____ IDADE: _____ PROFISSÃO: _____

SERVIÇO SOLICITANTE: **GASTROENTEROLOGIA**

MATERIAL: **Biópsia Hepática**

REVISÃO: () LÂMINA () BLOCO IDENTIFICAÇÃO: _____

QP e HDA:

- | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------|
| () ICTERÍCIA | () ASCITE | () EDEMA MMII |
| () HEMATÊMESE | () MELENA (HDA prévia) | () CIRC. COLATERAL |
| () TELANGIECTASIAS | () GINECOMASTIA | () ERITEMA PALMAR |

FÍGADO a _____ cm do RCD () DURO
a _____ cm do AP. XIFÓIDE () NODULAR

BAÇO a _____ cm do RCE

OUTROS ACHADOS: _____

EXAMES COMPLEMENTARES:

TGP: _____	Bil Totais: _____	Prot. total: _____
TGO: _____	Bil Direta: _____	Albumina: _____
γ -GT: _____	AP%: _____	γ -globulinas: _____
FA : _____	IGG: _____	Ceruloplasmina: _____
Alfa-1 AT: _____	Ferritina: _____	Sat transf: _____
FAN: _____	AML: _____	LKM-1: _____
Anti-HCV: _____	HBsAg: _____	Anti-HBc IgG: _____

OUTROS EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

CARIMBO E ASSINATURA

OBS.: Deixar essa folha na secretaria da patologia com uma cópia do pedido da biopsia. Encaminhar fotografia dessa folha para Dras. Ana e Flavia.