



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÔCRINA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (INCLUINDO SINAIS E SINTOMAS): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	PARA OS CASOS DE CÂNCER PANCREÁTICO OU RESSECÇÕES PANCREÁTICAS POR OUTRAS INDICAÇÕES: Informar características das fezes do paciente (Descrição deve incluir cor, odor, consistência bem como se há presença de gordura visível): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico