

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <div>ACSS</div> <div>ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP</div> | | Instituição Hospitalar | | FOLHA DE CODIFICAÇÃO - INTERNAMENTO | |
| IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente) | | | | | |
| Nome | | Nº do episódio | | | |
| Nº do processo clínico | | Nº de Utente | | Nº de Beneficiário | |
| Data de Nascimento / / | | Nacionalidade | | Sexo M F I | |
| E.F.R. | | Distrito/Concelho/Freguesia | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS E DO OPERADOR | | | | | |
| Médico Codificador | | Nº Ordem Médicos | | Médico Responsável | |
| Operador | | Nº Mecanográfico | | Nº Ordem Médicos | |
| Data da codificação / / | | | | | |
| NATUREZA DE ADMISSÃO | | DESTINO APÓS A ALTA | | | |
| Transferido de | | Para o Domício (sem outra especificação) | | | |
| Proveniência | | Hospital de Dia | | | |
| Da própria instituição | | Consulta Externa do Hospital | | | |
| Consulta Externa | | Consulta Externa de Outro Hospital | | | |
| Hospital de dia | | Centro de Saúde / Médico de Família | | | |
| Cirurgia de ambulatório | | Serviço Domiciliário | | | |
| Urgência | | Saído contra parecer médico | | | |
| De outra instituição | | Falecido | | | |
| Admissão | | Internamento em Hospital do SNS | | | |
| Urgente | | Centro de Saúde (com internamento) | | | |
| Programada | | Internamento outro Hospital | | | |
| | | Unidade de convalescência | | | |
| | | Unidade de média duração e reabilitação | | | |
| | | Unidade de longa duração e manutenção | | | |
| | | Unidade de cuidados paliativos | | | |
| | | Unidade de AVC | | | |
| | | Unidade C.C.Int. de Saúde Mental | | | |
| | | Unidade C.C.Int. sem outra especificação | | | |
| | | Transferido para | | | |
| | | Motivo de Transferência | | | |
| | | Para seguimento | | | |
| | | Por falta de recursos | | | |
| INTERVENÇÃO CIRÚRGICA | | | | | |
| Data Início / / | | Hora Início : | | Data Fim / / | |
| | | | | Hora Fim : | |
| | | Tipo de Programação: | | | |
| URGÊNCIA | | | | | |
| Serviço | | Codigo | | Data Admissão / / | |
| | | | | Data Alta / / | |
| SERVIÇOS | | | | | |
| 1º Serviço | | Código | | 2º Serviço | |
| Código | | | | Código | |
| Data de Admissão / / | | Hora : | | Data de Admissão / / | |
| | | | | Hora : | |
| Data de Alta / / | | Hora : | | Data de Alta / / | |
| | | | | Hora : | |
| 4º Serviço | | Código | | 5º Serviço | |
| Código | | | | Código | |
| Data de Admissão / / | | Hora : | | Data de Admissão / / | |
| | | | | Hora : | |
| Data de Alta / / | | Hora : | | Data de Alta / / | |
| | | | | Hora : | |
| Último Serviço | | Código | | | |
| Código | | | | | |
| Data de Admissão / / | | Hora : | | Data de Admissão / / | |
| | | | | Hora : | |
| Data de Alta / / | | Hora : | | Data de Alta / / | |
| | | | | Hora : | |
| Outros Dados | | | | | |
| Peso à nascença (gr) | | Semanas de gestação | | Nº de dias em ventilação mecânica invasiva | |
| | | | | Nº de dias em cuidados intensivos | |
| | | | | | |

Folha de Codificação de Internamento, Modelo ACSS/ DPS, conjunto mínimo básico de dados (CMBD) - versão ano 2016

DIAGNÓSTICOS

| Designação | Código | PNA | | | | |
|------------|--------|-----|---|---|---|-----|
| | | S | N | I | D | N/A |
| 1º | | | | | | |
| 2º | | | | | | |
| 3º | | | | | | |
| 4º | | | | | | |
| 5º | | | | | | |
| 6º | | | | | | |
| 7º | | | | | | |
| 8º | | | | | | |
| 9º | | | | | | |
| 10º | | | | | | |
| 11º | | | | | | |
| 12º | | | | | | |
| 13º | | | | | | |
| 14º | | | | | | |
| 15º | | | | | | |

PROCEDIMENTOS

| Designação | Código |
|------------|--------|
| 1º | |
| 2º | |
| 3º | |
| 4º | |
| 5º | |
| 6º | |
| 7º | |
| 8º | |
| 9º | |
| 10º | |
| 11º | |
| 12º | |
| 13º | |
| 14º | |
| 15º | |

Registo de dispositivos médicos

| | | | | | | |
|------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Em anexo: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Não Aplicável | <input type="checkbox"/> |
| Em conformidade: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Não Aplicável | <input type="checkbox"/> |

AUDITORIA INTERNA

Médico Auditor _____ Nº Ordem Médicos _____ Data ____ / ____ / ____