

Módulo Cirurgia de Ambulatório Ambulatório Médico  
C.Ext ☐ MCDT ☐ HDI ☐

## FOLHA DE CODIFICAÇÃO - AMBULATÓRIO

### Dados do Episódio

#### 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 \_\_\_\_\_ Sexo M ☐ F ☐ I ☐  
Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_ Distrito/Concelho/Freguesia \_\_\_\_\_  
E.F.R. \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS E DO OPERADOR

Médico Codificador \_\_\_\_\_ Nº Ordem Médicos \_\_\_\_\_ Médico Responsável \_\_\_\_\_ Nº Ordem Médicos \_\_\_\_\_  
Operador \_\_\_\_\_ Nº Mecanográfico \_\_\_\_\_ Data da codificação \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### NATUREZA DE ADMISSÃO

##### Proveniência

Da própria instituição ☐  
De outra instituição ☐  
Proveniente de \_\_\_\_\_

##### Admissão

Não Programada ☐  
Programada ☐  
Programada SIGIC Externo ☐  
Programada SIGIC Adicional ☐  
Programada Medicina Privada ☐  
Directiva 2011/24/EU ☐

#### DESTINO APÓS A ALTA

Domício (sem outra especificação) ☐  
Hospital de Dia ☐  
Consulta Externa do Hospital ☐  
Consulta Externa de Outro Hospital ☐  
Centro de Saúde / Médico de Família ☐  
Serviço Domiciliário ☐  
Saído contra parecer médico ☐  
Falecido ☐  
Hospital do S.N.S. ☐  
Centro de Saúde (com internamento) ☐  
Outro Hospital ☐  
Unidade de convalescência ☐

Unidade de média duração e reabilitação ☐  
Unidade de longa duração e manutenção ☐  
Unidade de cuidados paliativos ☐  
Unidade de convalescência AVC ☐  
Unidade C.C.Int. de Saúde Mental ☐  
Unidade C.C.Int. sem outra especificação ☐

Transferido para \_\_\_\_\_

##### Motivo de Transferência

Para realização de exames ☐  
Para seguimento ☐  
Por falta de recursos ☐

#### INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Data Início Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Data Fim Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora Fim \_\_\_\_ : \_\_\_\_

#### SERVIÇO

1º Serviço \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Data de Admissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Data de Alta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_

### Outros Dados

Peso à nascença (gr) \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS**

	Designação	Código						
1º								
2º								
3º								
4º								
5º								
6º								
7º								
8º								
9º								
10º								
11º								
12º								
13º								
14º								
15º								
16º								
17º								
18º								
19º								
20º								
21º								
22º								
23º								
24º								
25º								
26º								
27º								
28º								
29º								
30º								

PROCEDIMENTOS		
Designação	Código	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	

Registo de dispositivos médicos

Em anexo:

Sim☐

Não☐

Não Aplicável☐

Em conformidade:

Sim☐

Não☐

Não Aplicável☐

Dados das Sessões
-------------------

## SESSÕES

Estado	
Estado	
Estado	
Estado	
Estado	
Estado	

Dados da Auditoria
--------------------

**AUDITORIA INTERNA**

Médico Auditor \_\_\_\_\_ Nº Ordem Médicos \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_