



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Instituição Hospitalar

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

Programada ☐

Programada SIGIC Externo ☐

Programada SIGIC Adicional ☐

Programada Medicina Privada ☐

Directiva 2011/24/EU ☐

### DESTINO APÓS A ALTA

Para o Domicílio (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 ☐

Internamento Hospital do S.N.S. ☐

Centro de Saúde (com internamento) ☐

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 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														

<b>Designação</b>	<b>Código</b>							

  

**Registo de dispositivos médicos**

Em anexo:	Sim		Não		Não Aplicável	
Em conformidade:	Sim		Não		Não Aplicável	

## Dados das Sessões

## SESSÕES

Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____	Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____
Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____	Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____
Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____	Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____
Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____	Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____
Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____	Nº Sessão _____	Data ____ / ____ / ____

## Dados da Auditoria

**AUDITORIA INTERNA**

**Médico Auditor** **Nº Ordem Médicos** **Data**    /    /