



FOLHA DE CODIFICAÇÃO - INTERNAMENTO

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

DESTINO APÓS A ALTA

Transferido de _____

Admissão

Não Programada ☐

Programada ☐

Programada SIGIC Externo ☐

Programada SIGIC Adicional ☐

Programada Medicina Privada ☐

Directiva 2011/24/EU ☐

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 ____ :

SERVIÇOS (Se Admissão Não Programada, registar no 1º serviço o serviço de urgência)

1º Serviço _____ Código _____	2º Serviço _____ Código _____	3º Serviço _____ Código _____
Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :	Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :	Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :
4º Serviço _____ Código _____	5º Serviço _____ Código _____	Último Serviço _____ Código _____
Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :	Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :	Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :

Outros Dados

Peso à nascença (gr) _____ Semanas de gestação _____ Nº de dias em ventilação mecânica invasiva _____ Nº de dias em cuidados intensivos _____

DIAGNÓSTICOS

		Código						PNA				
Designação								S	N	I	D	N/A
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

[illegible][illegible]

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"/>

Dados da Auditoria

AUDITORIA INTERNA

Médico Auditor	Nº Ordem Médicos	Data	/	/
----------------	------------------	------	---	---