

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	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>
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

Transferido de

Proveniência

Da própria instituição

Consulta Externa

MCDT

Hospital de Dia

Internamento

Cirurgia de Ambulatório

Outros

Urgência

De outra instituição

Admissão

Urgente

Programada

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 em Hospital do SNS

Centro de Saúde (com internamento)

Internamento outro Hospital

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Data Início	/	/	Hora Início	:	Data Fim	/	/	Hora Fim	:	Tipo de Programação
-------------	---	---	-------------	---	----------	---	---	----------	---	---------------------

SERVIÇOS

Serviço Urgência	Código	Data Admissão	/	/	Hora	:	Data Alta	/	/	Hora	:
-------------------------	--------	---------------	---	---	------	---	-----------	---	---	------	---

1º Serviço	Código	2º Serviço	Código	3º Serviço	Código
------------	--------	------------	--------	------------	--------

Data de Admissão	/	/	Hora	:	Data de Admissão	/	/	Hora	:	Data de Admissão	/	/	Hora	:
------------------	---	---	------	---	------------------	---	---	------	---	------------------	---	---	------	---

Data de Alta	/	/	Hora	:	Data de Alta	/	/	Hora	:	Data de Alta	/	/	Hora	:
--------------	---	---	------	---	--------------	---	---	------	---	--------------	---	---	------	---

4º Serviço	Código	5º Serviço	Código	Último Serviço	Código
------------	--------	------------	--------	----------------	--------

Data de Admissão	/	/	Hora	:	Data de Admissão	/	/	Hora	:	Data de Admissão	/	/	Hora	:
------------------	---	---	------	---	------------------	---	---	------	---	------------------	---	---	------	---

Data de Alta	/	/	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
----------------------	---------------------	--	-----------------------------------

DIAGNÓSTICOS

Designação	Código	PNA				
		S	N	D	I	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 ____ / ____ / ____