



## 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)

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

Designação

PNA

Código

Angle	sin	cos	tang	cotang	sec	csc
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						
7°						
8°						
9°						
10°						
11°						
12°						
13°						
14°						
15°						
16°						
17°						
18°						
19°						
20°						
21°						
22°						
23°						
24°						
25°						
26°						
27°						
28°						
29°						
30°						

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

## PROCEDIMENTOS

Designação

[illegible]

## Registro 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 / /