

☐
☐
☐
☐

FOLHA DE CODIFICAÇÃO - AMBULATÓRIO

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 ☐

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 ____ / ____ / ____

Hora Início ____ : ____

Data Fim ____ / ____ / ____

Hora Fim ____ : ____

Tipo de Programação

GPRNSCIR - MRC ☐

GPRNSCIR - MRA ☐

SERVIÇO

1º Serviço

Código _____

Data de Admissão ____ / ____ / ____

Hora ____ : ____

Data de Alta ____ / ____ / ____

Hora ____ : ____

Outros Dados

Peso à nascença (gr) _____

DIAGNÓSTICOS

Date		Time	

PROCEDIMENTOS

Registo de dispositivos médicos

Registro de dispositivos médicos ☐ ☐ ☐

Em anexo:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não Aplicável	<input type="checkbox"/>
-----------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------	--------------------------

Em conformidade: Sim ☐ Não ☐ Não Aplicável ☐

Número Total de Sessões (identificar sessões abaixo) _____

AUDITORIA INTERNA
