



## 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

Transferido de \_\_\_\_\_

Admissão

Não Programada ☐

Programada ☐

Programada SIGIC Externo ☐

Programada Medicina Privada ☐

## DESTINO APÓS A ALTA

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 ☐

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 seguimento ☐

Por falta de recursos ☐

Para tratamento de condição associada ☐

## 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

	Designação	Código	PNA				
			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]**Código**[illegible]

### Registo de dispositivos médicos

Em anexo:

Sim	
-----	--

Não	
-----	--

Não Aplicável

Em conformidade:

Sim	
-----	--

Não	
-----	--

Não Aplicável

#### Dados da Auditoria

**AUDITORIA INTERNA**

**Médico Auditor**

**Nº Ordem Médicos**

Data / /