

Módulo Cirurgia de Ambulatório Ambulatório Médico
C.Ext ☐ MCDT ☐ HDI ☐

FOLHA DE CODIFICAÇÃO - AMBULATÓRIO

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

Proveniência

Da própria instituição ☐
De outra instituição ☐
Proveniente de _____

Admissão

Programada ☐
Programada SIGIC Externo ☐
Programada Medicina Privada ☐

DESTINO APÓS A ALTA

Domicílio (sem outra especificação) ☐
Saído contra parecer médico ☐
Falecido ☐
Outra instituição com internamento (sem outra especificação) ☐
Unidade cuidados continuados integrados (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 ____ : ____

SERVIÇO

1º Serviço _____ Código _____
Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____
Data de Alta ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____

Outros Dados

Peso à nascença (gr) _____

DIAGNÓSTICOS

	Designação	Código
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		

[illegible]

Dados das Sessões

SESSÕES

Estado	
Estado	
Estado	
Estado	
Estado	
Estado	

Dados da Auditoria

AUDITORIA INTERNA

Médico Auditor _____ Nº Ordem Médicos _____ Data ____ / ____ / ____