

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

Não Programada ☐
Programada ☐
Programada SIGIC Externo ☐
Programada SIGIC Adicional ☐
Programada Medicina Privada ☐
Directiva 2011/24/EU ☐

DESTINO APÓS A ALTA

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 ____ : ____

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

Data / /

Date: _____

Data / /

Data / /

Data / /

Data / /

Data _____ / _____ / _____

Nº Sessão

Nº Sessão

Nº _____

Nº Sessão _____

Nº Sessão _____

Nº Sessão

Nº Sessão _____

Nº Sessão _____

Dados da Auditoria	
--------------------	--

AUDITORIA INTERNA

Médico Auditor	Nº Ordem Médicos	Data	/	/
----------------	------------------	------	---	---