



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	<input type="checkbox"/>
Programada	<input type="checkbox"/>
Programada SIGIC Externo	<input type="checkbox"/>
Programada SIGIC Adicional	<input type="checkbox"/>
Programada Medicina Privada	<input type="checkbox"/>
Directiva 2011/24/EU	<input type="checkbox"/>

DESTINO APÓS A ALTA

Para o Domicílio (sem outra especificação)	<input type="checkbox"/>
Hospital de Dia	<input type="checkbox"/>
Consulta Externa do Hospital	<input type="checkbox"/>
Consulta Externa de Outro Hospital	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde / Médico de Família	<input type="checkbox"/>
Serviço Domiciliário	<input type="checkbox"/>
Saído contra parecer médico	<input type="checkbox"/>
Falecido	<input type="checkbox"/>
Internamento em Hospital do SNS	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde (com internamento)	<input type="checkbox"/>
Internamento outro Hospital	<input type="checkbox"/>

Unidade de convalescência	<input type="checkbox"/>
Unidade de média duração e reabilitação	<input type="checkbox"/>
Unidade de longa duração e manutenção	<input type="checkbox"/>
Unidade de cuidados paliativos	<input type="checkbox"/>
Unidade de AVC	<input type="checkbox"/>
Unidade C.C.Int. de Saúde Mental	<input type="checkbox"/>
Unidade C.C.Int. sem outra especificação	<input type="checkbox"/>

Transferido para _____

Motivo de Transferência

Para seguimento	<input type="checkbox"/>
Por falta de recursos	<input type="checkbox"/>

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Data Início ____ / ____ / ____ Hora Início ____ :

Data Fim ____ / ____ / ____ 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 ____ :
Data de Alta ____ / ____ / ____	Hora ____ :	Data de Alta ____ / ____ / ____	Hora ____ :	Data de Alta ____ / ____ / ____	Hora ____ :

4º Serviço	Código	5º Serviço	Código	Último Serviço	Código
Data de Admissão ____ / ____ / ____	Hora ____ :	Data de Admissão ____ / ____ / ____	Hora ____ :	Data de Admissão ____ / ____ / ____	Hora ____ :
Data de Alta ____ / ____ / ____	Hora ____ :	Data de Alta ____ / ____ / ____	Hora ____ :	Data de Alta ____ / ____ / ____	Hora ____ :

Outros Dados

Peso à nascença (gr) _____ Semanas de gestação _____ Nº de dias em ventilação mecânica invasiva _____ Nº de dias em cuidados intensivos _____

DIAGNÓSTICOS

		PNA										
	Designação	Código						S	N	I	D	N/A
1º					-							
2º					-							
3º					-							
4º					-							
5º					-							
6º					-							
7º					-							
8º					-							
9º					-							
10º					-							
11º					-							
12º					-							
13º					-							
14º					-							
15º					-							

PROCEDIMENTOS

[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** / /