

☐
☐
☐
☐

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

Produção Programada Base ☐

Produção Programada Adicional ☐

GPRNSCIR - MRC ☐

GPRNSCIR - MRA ☐

SERVIÇO

1º Serviço

Data de Admissão ____ / ____ / ____ Hora ____ :

Data de Alta ____ / ____ / ____ Hora ____ :

Código _____

Outros Dados

Peso à nascença (gr) _____

DIAGNÓSTICOS

Designação	Código
1º	
2º	
3º	
4º	
5º	
6º	
7º	
8º	
9º	
10º	
11º	
12º	
13º	
14º	
15º	

PROCEDIMENTOS

Designação	Código
1º	
2º	
3º	
4º	
5º	
6º	
7º	
8º	
9º	
10º	
11º	
12º	
13º	
14º	
15º	

Registo 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"/>

SESSÕES

Número Total de Sessões (identificar sessões abaixo) _____

Nº Sessão	Data	/	/	Nº Sessão	Data	/	/
Nº Sessão	Data	/	/	Nº Sessão	Data	/	/
Nº Sessão	Data	/	/	Nº Sessão	Data	/	/
Nº Sessão	Data	/	/	Nº Sessão	Data	/	/
Nº Sessão	Data	/	/	Nº Sessão	Data	/	/

AUDITORIA INTERNA

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