ACSS DO SISTEMA DE SAÚDE, IP Instituição Hospitalar	L	FOLHA DE CODIFICAÇÃO - INTERNAMENTO											
DENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vi	nheta 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/Fre	guesia										
E.F.R.													
DENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS E DO OPERADOR													
Médico Codificador	Nº Ordem Médicos Médico	Responsável	Nº Ordem Médicos										
Operador		Nº Mecanográfico	Data da codificação / /										
NATUREZA DE ADMISSÃO	DESTINO APÓS A ALTA												
Transferido de	Para o Domícilio (sem outra especificação)	Unidade de convalescência										
Proveniência	Hospital de Dia		Unidade de média duração e reabilitação										
Da própria instituição	Consulta Externa do Hospital		Unidade de longa duração e manutenção										
Consulta Externa MCDT	Consulta Externa de Outro Hospital		Unidade de cuidados paliativos										
Hospital de Dia Internamento	Centro de Saúde / Médico de Família		Unidade de AVC										
Cirurgia de Ambulatório Outros	Serviço Domiciliário		Unidade C.C.Int. de Saúde Mental										
Urgência	Saído contra parecer médico		Unidade C.C.Int. sem outra especificação										
De outra instituição	Falecido		Transferido para										
Admissão	Internamento em Hospital do SNS												
Urgente	Centro de Saúde (com internamento)		Motivo de Transferência Para seguimento										
Programada	Internamento outro Hospital		Por falta de recursos										
NTERVENÇÃO CIRÚRGICA													
Data Início / / Hora Início :	Data Fim// Hora Fin	<u> </u>	o de Programação										
SERVIÇOS													
Serviço Urgência	Código Data Admissão	'	Hora : Data Alta// Hora:										
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 AltaI Hora:										
DUTROS DADOS	NO de dise em	~~	NO de dise em quidadas internativas										
Peso à nascença (gr) Semanas de ge	estação nº de dias em ventila	ção mecânica invasiva	Nº de dias em cuidados intensivos										

DIAG	DIAGNÓSTICOS														
										PNA					
	Designação	Cóc	ligo		. —		_	_	_	s	N	D	ı	N/A	
1º					-										
20					-										
3º					-										
40															
5°					-										
60					-										
70					-										
80					-										
90															
10°															
110					1-										
12º					-										
130															
140					-										
15°					-										
PROC	EDIMENTOS														
	Designação							Có	digo						
1º							_								
20							_								
30													<u> </u>		
40							_								
50							_								
6°							_								
70							_								
80															
90							_								
10°							_								
110							_								
12º															
130															
14º															
15°							_								
	Regis	Registo de dispositivos médicos													
	Em ar	m anexo: Sim				Não	, [1	Não <i>A</i>	Aplica	ável				
	Em co	onforn	nidad	le:	Si	m		Não	<u> </u>	1	Não <i>F</i>	Aplica	ável		
AUDITORIA INTERNA Médico Auditor Nº Ordem Médicos						Da	ta								
incu	N	Jiu	J.11 I	ul	s	_			Ja		—'	—'	_		