

<div style="display: inline-block; width: 50px; text-align: center;"> ACSS <small>ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP</small> </div> <div style="display: inline-block; width: 150px;"> Instituição Hospitalar </div>		FOLHA DE CODIFICAÇÃO - INTERNAMENTO	
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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
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		DESTINO APÓS A ALTA	
Transferido de _____ Proveniência Da própria instituição Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospital de dia <input type="checkbox"/> Cirurgia de ambulatório <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> De outra instituição _____ Admissão Urgente <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/>		Para o Domício (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 __ : __ Tipo de Programação: _____	
URGÊNCIA			
Serviço _____		Codigo _____ Data Admissão __ / __ / __ Data Alta __ / __ / __	
SERVIÇOS			
1º Serviço _____ Código _____ Data de Admissão __ / __ / __ Hora __ : __ Data de Alta __ / __ / __ Hora __ : __		2º Serviço _____ Código _____ Data de Admissão __ / __ / __ Hora __ : __ Data de Alta __ / __ / __ Hora __ : __	
4º Serviço _____ Código _____ Data de Admissão __ / __ / __ Hora __ : __ Data de Alta __ / __ / __ Hora __ : __		5º Serviço _____ Código _____ Data de Admissão __ / __ / __ Hora __ : __ Data de Alta __ / __ / __ Hora __ : __	
3º Serviço _____ Código _____ Data de Admissão __ / __ / __ Hora __ : __ Data de Alta __ / __ / __ Hora __ : __			
Último Serviço _____ Código _____ Data de Admissão __ / __ / __ 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

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

PROCEDIMENTOS

Designação

Código

Registo de dispositivos médicos

Em anexo:

Sim

Não

Não Aplicável

Em conformidade:

Sim

Não

Não Aplicável

AUDITORIA INTERNA

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