

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	

Folha de Codificação de Ambulatório, Modelo ACSS/ DPS, conjunto mínimo básico de dados (CMBD) - versão ano 2016

PROCEDIMENTOS

[illegible]

Registo de dispostivos médicos				
Em anexo:	Sim	Não	Não Aplicável	
Em conformidade:	Sim	Não	Não Aplicável	

Dados das Sessões

[illegible]

Dados da Auditoria

AUDITORIA INTERNA

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

Folha de Codificação de Ambulatório, Modelo ACSS/ DPS, conjunto mínimo básico de dados (CMBD) - versão ano 2016