

☐
☐
☐
☐

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 ☐

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Data Início ____/____/____ Hora Início ____:____

Data Fim ____/____/____ Hora Fim ____:____

Tipo de Programação

Produção Programada Base ☐

Produção Programada Adicional ☐

GPRNSCIR - MRC ☐

GPRNSCIR - MRA ☐

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 ☐

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		Código							
Designação									

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 ____ / ____ / ____