



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Instituição Hospitalar

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 ☐

Admissão

Programada ☐

Programada SIGIC Externo ☐

Programada Medicina Privada ☐

DESTINO APÓS A ALTA

Domício (sem outra especificação) ☐

Saído contra parecer médico ☐

Falecido ☐

Outra instituição com internamento (sem outra especificação) ☐

Unidade cuidados continuados integrados (sem outra especificação) ☐

Transferido para _____

Motivo de Transferência

Para seguimento ☐

Por falta de recursos ☐

Para tratamento de condição associada ☐

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 ____ : ____

Dados da Codificação

Peso à nascença (gr) _____

DIAGNÓSTICOS

	Designação	Código
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

PROCEDIMENTOS

[illegible]

Registro de dispositivos médicos

Em anexo:	Sim	Não	Não Aplicável
-----------	-----	-----	---------------

Sim	Não	Não Aplicável
-----	-----	---------------

Não	Não Aplicável
-----	---------------

Não Aplicável

Em conformidade:	Sim	Não	Não Aplicável
------------------	-----	-----	---------------

Sim	Não	Não Aplicável
-----	-----	---------------

Não	Não Aplicável
-----	---------------

Não Aplicável

Dados das Sessões**SESSÕES**

Data ____ / ____ / ____

Sessão _____

Estado _____

Data ____ / ____ / ____

Sessão _____

Estado _____

Data ____ / ____ / ____

Sessão _____

Estado _____

Data ____ / ____ / ____

Sessão _____

Estado _____

Data ____ / ____ / ____

Sessão _____

Estado _____

Data ____ / ____ / ____

Sessão _____

Estado _____

Dados da Auditoria**AUDITORIA INTERNA**

Médico Auditor _____

Nº Ordem Médicos _____

Data ____ / ____ / ____