

Rede Médica

- 1) Sempre que possível, juntar a este formulário cópia de relatórios de exames auxiliares de diagnóstico relevantes face ao diagnóstico apresentado.
2) Em caso de acidente indicar uma pequena descrição e a data em que ocorreu.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (informação a ser preenchida pela pessoa segura)

Nome do doente _____

Tel./Tlm. _____ Idade do doente _____ Nº do Cartão _____

Autorizo o meu médico, a facultar estas e outras informações necessárias, para documentar o processo. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de utilização, fora do âmbito do seguro de saúde.

Data _____

(Assinatura e Autorização da Pessoa Segura)

2. TIPO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO (informação a ser preenchida pelo Médico)

- Hospitalização Intervenção cirúrgica grande Quimioterapia Terapia da fala Tratamento da dor crónica
 Intervenção cirúrgica pequena Parto Fisioterapia Radioterapia Laserterapia

3. DIAGNÓSTICO (Informação a ser preenchida pelo Médico)

Desde quando a Pessoa Segura é sua doente? _____

Diagnósticos	Data de início de sintomas	ICD-9
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes pessoais/ tratamentos médicos ou cirúrgicos já efetuados: _____

Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o número de dioptrias: OE: _____ OD: _____

4. ACIDENTE (Preencher apenas em caso de acidente)

Data de ocorrência do acidente: _____ Tipo de acidente: Viação Trabalho Outro _____

Descrição sucinta do acidente _____

Lesões resultantes _____

5. HOSPITALIZAÇÃO/TRATAMENTOS

5.1 HOSPITALIZAÇÃO

Programa Urgência Nome do Hospital ou Clínica _____

Duração prevista do internamento de _____ a _____ Nº dias _____

Equipa cirúrgica:

Cirurgião _____ 1º Ajudante _____

2º Ajudante _____ 3º Ajudante _____

Anestesista _____ Instrumentista _____

Parteira _____ Outro _____

Descrição dos procedimentos previstos	Código de nomenclatura	"K"
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim Não Valor estimado da prótese: _____ € Abordagem por via Laparoscópica? Sim Não

5.2 TRATAMENTOS

Descrição	Nº de Sessões	Código de nomenclatura
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Objetivo Clínico _____

6. OBSERVAÇÕES

Médico Responsável

Nome completo _____

Telefone de contacto _____ Nº cédula profissional _____ NIF _____

E-mail _____

Morada _____

Data _____

(Assinatura do Médico)