



NÚMERO DE CARTÃO MÉDICO DO CLIENTE

Grid for patient card number

NOME DO CLIENTE

Grid for patient name

Impresso de Informação Clínica
Procedimentos Médico-Cirúrgicos

DADOS GERAIS MÉDICO REQUISITANTE

Form fields for doctor's name, professional number, specialty, address, locality, postal code, phone, fax, and email.

ATOS MÉDICOS

Table with columns: Descrição dos Atos Médicos, Cód. Nomenclatura, % Vias de Acesso

Em caso de necessidade de Cirurgia indicar a composição da equipa cirúrgica:

Form fields for surgical team composition: Anestesiista, 1º Ajudante, 2º Ajudante, Instrumentista, Outro

Form fields for anesthesia type: Geral/Locoregional, Sedação, Local

Técnica Cirúrgica utilizada:

Form fields for surgical technique: Convencional, Laparoscopia/Toroscopia, Radio-Frequência, Robótica, Outra

Form fields for prosthetic use: Utilização de próteses cirúrgicas? (Sim/Não), Valor estimado das próteses: €

DIAGNÓSTICOS

Table for diagnosis: Diagnóstico Principal, Diagnóstico(s) Secundário(s), Cód. ICD-9-CM

Form fields for ophthalmology: Se Oftalmológico, AVOD Sem Correções, AVOD Com Correções, Se Cirurgia Refrativa, Dioptrias OD, Dioptrias OE

LOCAL DE EXECUÇÃO

Form field for hospital/clinic name

Form fields for admission date and hospitalization time

Tipo de Estadia

Form fields for stay type: Quarto Individual, Berçário, Outros, Quarto Duplo, Unidade de Cuidados Intensivos, Enfermaria, Unidade de Cuidados Intermedios

Médias - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo, Pessoa coletiva n.º 503496944, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00.

LOCAL DE EXECUÇÃO (continuação)

Internamento através do Serviço de Urgência? Sim Não

Se sim, indique a data de admissão no Serviço de Urgência

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Tipo de Sala de Cirurgia

Bloco Central Unidade de Cirurgia Ambulatória Sala Pequena Cirurgia N° total de K's da cirurgia

--	--	--	--

DADOS ADICIONAIS

Informação e historial clínicos que justifiquem o procedimento: _____

Data início dos sintomas

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Data do diagnóstico

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Grau de urgência do procedimento: Urgência Electivo

Lesão traumática: Acidente Trabalho Acidente Viação Prática Desportiva Outra _____

Se seleccionou "Prática Desportiva" indique a modalidade _____

PREENCHER APENAS SE BENEFICIÁRIO CTT

Necessidade de utilização de quarto particular? Necessidade de acompanhante?

Fundamentação clínica: _____

ASSINATURA

Data

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

O Médico Prescritor _____

VINHETA DO
MÉDICO REQUESITANTE