

# REGISTO DO AGENDAMENTO



Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Instituição Hospitalar: \_\_\_\_\_

Ser./Unid. Func: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_

## Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Nº episódio: \_\_\_\_\_ Nº LIC: \_\_\_\_\_

### Unidades Nosológicas

UN <sup>1</sup>	Diagnósticos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.	Procedimentos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.
Principal  <b>UN1</b>						
		(incluir patologia associada relevante)				
Secundárias  <b>UN2</b>						
	<b>UN3</b>					
	<b>UN4</b>					

As unidades nosológicas são necessariamente as que constam da proposta cirúrgica.

Doente agendado para (cirurgia) \_\_\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ deve comparecer às \_\_\_:\_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ no Serviço/UF de \_\_\_\_\_ edifício \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ sala \_\_\_\_\_

**Observações:** (incluir as indicações sobre condições especiais (jejum, medicação, etc.) e objectos que deve trazer (medicamentos, canadiana, pijama, etc.)

### Validação do documento:

Profissional	Nº Mecanográfico	Nome do profissional	Rubrica	Data
Que preencheu o doc				

<sup>1</sup> Identificar em UN1 a unidade nosológica principal que deverá conter o diagnóstico principal e o procedimento correspondente, bem como os diagnósticos e procedimentos associados. UN2 e UN3 e UN4 identificam as outras unidades nosológicas que neste evento são consideradas secundárias.

<sup>2</sup> Preencher com a letra adequada para identificar a lateralidade (B = Bilateral; E = Esquerdo ; D = Direito; N = Não aplicável)

## Resultado do contacto para agendamento

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tipo contacto: Telefone |\_| Fax |\_| Carta |\_| Mail |\_| Outro |\_| \_\_\_\_\_

O utente:

|\_| Aceitou – **Existe necessidade de transporte especial (ambulância):** Sim |\_| Não |\_|

Consulta de reavaliação – Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_/\_\_\_ Serviço/UF: \_\_\_\_\_

**Preocupações expressas pelo utente**

|\_| Recusou – **Evoca motivo:** Pessoal |\_| Clínico |\_|

**Descrição do motivo da recusa**

**O motivo de recusa foi considerado:** Plausível |\_| Não plausível |\_|

**Deve proceder-se a:**

- |\_| Novo agendamento (registar novo impresso)
- |\_| Pendência por motivos: Pessoais |\_| Clínicos |\_|
- |\_| Cancelamento da(s) proposta(s) cirúrgica(s) nos termos do Regulamento |\_| com consulta marcada para \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_/\_\_\_ Serviço/UF: \_\_\_\_\_

|\_| Incontactável

**Outras observações:**