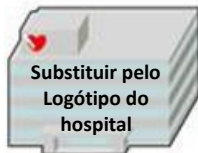


FORMULÁRIO DA CONCLUSÃO DO EPISÓDIO STANDARD



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: _____/_____/_____

Período do episódio: Início ____/____/____ Fim ____/____/____

Tipo de conclusão:

Com realização em HO Por transf. da Responsabilidade

Episódio: Completo Incompleto

Com realização em HD Por cancelamento; Motivo de cancelamento:

Unidades Nosológicas

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

Episódio subsequente³

Sim Não Se sim especificar qual(ais):

¹ 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.

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

³ Para os casos em que se antecipam outros procedimentos complementares.

Complicações cirúrgicas ou anestésicas:Sim Não (Em caso de resposta "Sim", detalhar o caso em baixo.)**1 Complicações hemorrágicas**

- Hematoma
- Anemia aguda/subaguda (<8gr/dl)
- Hemorragia

2 Infecciosas

- Septicemia
- Abscesso
- Fleimão
- Fistula infectada
- Infecção ferida op.
- Erisipela
- Infecção V. aéreas superiores
- Outra infecção

3 Choque

- Choque anafilático
- Choque anestésico
- Choque pós-operatório
- Choque hipovolémico

4 Complicações neurológicas

- Lesão do sistema nervoso central
- Lesão de nervo periférico
- Sequela de lesão
- AVC isquémico
- AVC hemorrágico
- Abscesso intra craniano
- Anóxia cerebral na anestesia
- Anóxia-hipóxia pós-operatória
- Meningite

5 Complicações respiratórias

- Problemas manutenção da via aérea
- Aspiração de conteúdo gástrico
- Pneumonia
- Empiema pulmonar
- Pneumonia associada ventilador
- Pneumotórax
- Insuficiência respiratória aguda
- Edema pulmonar

- Lesão acidental de órgão
- Obstrução da via aérea
- Embolia pulmonar
- Atelectasia
- Tromboembolismo pulmonar

6 Complicações cardíacas

- Miocardite
- Paragem cardíaca
- Lesão acidental de órgão
- Embolia gasosa
- Insuficiência cardíaca aguda/paragem
- Enfarte agudo do miocárdio
- Arritmia com repercussão na função cardíaca

7 Complicações digestivas e outras abdominais

- Lesão acidental do órgão
- Eventração/ evisceração
- Fistula digestiva externa
- Fistula digestiva interna
- Diarreia > 3 dias
- Obstrução intestinal
- Ileos > 5 dias
- Deiscência sutura intestinal
- Náuseas/vómitos > 3 dias
- Conspuração da cavidade abdominal
- Úlcera de stress
- Peritonite

8 Complicações génito-urinárias/renais

- Lesão acidental de órgão
- Infecção urinária
- Pielonefrite
- Retenção urinária
- Infecção urinária
- Insuficiência urinária aguda
- Insuficiência renal aguda
- Obstrução da via urinária

9 Complicações vasculares

- Lesão de órgão (vaso)

- Lesão vascular com isquémia
- Embolia gorda
- Embolia periférica
- Flebite por perfusão
- Perfusão com fistula
- Flebotrombose profunda
- Aneurisma
- Isquémia em órgão ou tecido

10 Medicamentos/Sangue

- Administração errada de medicamento
- Efeito adverso da anestesia
- Efeito adverso de outros medicamentos
- Reacção alérgica medicamentos
- Reacção transfusional

11 Outras

- Reacção alérgica
- Procedimento local errado
- Cicatriz coloide
- Enfisema subcutâneo
- Bidas externas
- Deiscência de ferida op. externa
- Deiscência de ferida op. interna
- Parastesias/anestésias
- Trismus
- Diminuição da acuidade visual
- Amaurose
- Seroma
- Corpo estranho
- Febre > 3 dias
- Complicações com hipertensão
- Complicações com hipotensão
- Coma metabólico ou osmolar
- Lesão acidental do globo ocular ou anexos
- HTA maligna
- Dor crónica
- Resultado estético não aceitável

(Discrimine complicações, sequelas e efeitos secundários que não constam da lista anterior e descreva as situações assinaladas)



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: _____/_____/_____

Resumo do episódio: (Referir os eventos relevantes, evolução do utente, intercorrências, sequelas, constrangimentos e resultados)

[Empty box for episode summary]

(Relatar os aspectos relevantes) – No caso da cirurgia em HD anexar a avaliação⁴ do utente no pós-alta.

MCDT: (MCDT e procedimentos terapêuticos realizados durante o episódio e anexar os relatórios)

[Empty box for MCDT]

Relatório anatomo-patológico: (se aplicável)

[Empty box for anatomopathological report]

Terapêutica e medicamentos: (descrever terapêutica instituída durante o episódio)

[Empty box for therapy and medications]

Administração de sangue ou derivados |_| Antibioterapia terapêutica |_|

⁴ Portaria nº45/2008 Act.128

Plano de cuidados pós episódio: (incluir exames e eventos solicitados, protocolos de catamnese, recomendações e alertas)

--

Destino após conclusão do episódio:

Para o domicílio: <input type="checkbox"/> Consulta externa do hospital <input type="checkbox"/> Consulta externa de outro hospital <input type="checkbox"/> Centro de saúde/Médico de família <input type="checkbox"/> Sem outra especificação <input type="checkbox"/> Falecido: data ___/___/___ Hora___:___ Causa directa do óbito _____ _____ Cód. Diag. _____ GDH do episódio de internamento _____	Cuidados continuados: <input type="checkbox"/> Convalescença <input type="checkbox"/> Média duração <input type="checkbox"/> Longa duração <input type="checkbox"/> Serviço domiciliário <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos Transferido para (hospital/serviço/UF) _____ <input type="checkbox"/> Para realização de exames <input type="checkbox"/> Para seguimento <input type="checkbox"/> Por falta de recursos <input type="checkbox"/> Para tratamento condição associada
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estadiamento oncológico à data da conclusão do episódio:

Código de diagnóstico: _____ T ___ N ___ M ___ Estadio: _____ Doença primária activa: Sim ___ Não ___ Doença metastática activa: Sim ___ Não ___ S/ Recidiva ___ 1ª Recidiva ___ Múltiplas recidivas ___ Terapêuticas já efectuadas: Cirurgia ___ RT ___ QT ___ Hormonoterapia ___ Outros ___	Codificação da morfologia: ___ Descrição do tecido ___ CID Morfologia ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GDH de cada unidade nosológica: (Preencher 1 GDH por cada unidade nosológica independente)

UN1		UN2		UN3		UN4	
-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

Validação do documento:

Médico	Nº Ordem	Nome do médico	Rubrica	Data
Que preencheu o doc*				
Responsável do doc**				
Que validou a codificação***				

* Só é necessário preencher caso não seja o médico responsável a preencher o documento.
** A validação do documento deve ser sempre efectuada pelo médico responsável.
*** A classificação do documento na unidade nosológica é obrigatoriamente efectuada por um médico codificador.