

REGISTO DE EVENTO CLÍNICO STANDARD



Data/hora inicio __/__/__ __:__:__

Data/hora fim __/__/__ __:__:__

Data requisição __/__/__

Instituição Hospitalar: _____

Ser./Unid. Func: _____

Médico: _____ OM _____

Nº episódio: _____

Proveniência: _____ Unid. Saúde/Serviço/UF _____ Médico _____ Nº Ordem: _____

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

Evento	Registo	Forma	Atendimento
<input type="checkbox"/> 1º	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> Programado
<input type="checkbox"/> Subsequente	<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Teleconferência	<input type="checkbox"/> Não programado
<input type="checkbox"/> Evento antecedente _____		<input type="checkbox"/> Do processo	<input type="checkbox"/> Serviço de urgência
<input type="checkbox"/> Alta		<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Não aplicável

Identificação dos episódios associados a que correspondem as UN do evento

--	--	--	--

Observações administrativas:

História Actual:

Antecedentes pessoais

Int. cirúrgica/internamento	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim s/ sequelas	<input type="checkbox"/> Sim c/ sequelas	
Acidentes/traumatismo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim s/ sequelas	<input type="checkbox"/> Sim c/ sequelas	
Hábitos alcoólicos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ligeiros	<input type="checkbox"/> Moderados	<input type="checkbox"/> Marcados
Consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Manif. Ligeiras	<input type="checkbox"/> Manif. moderadas	<input type="checkbox"/> Manif. graves
Medicação habitual	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
Hábitos tabágicos (UMA) _____		Exercício físico (nº horas/semana) _____		
Preocupações alimentares	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
Alergias medicamentosas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Manif. Ligeiras	<input type="checkbox"/> Manif. moderadas	<input type="checkbox"/> Manif. graves
Alergias alimentares	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Manif. Ligeiras	<input type="checkbox"/> Manif. moderadas	<input type="checkbox"/> Manif. graves
Avaliação nutricional	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Não adequada		
Outras alergias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Manif. Ligeiras	<input type="checkbox"/> Manif. moderadas	<input type="checkbox"/> Manif. graves
Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/> Relevantes	<input type="checkbox"/> Não relevantes		

Observações antecedentes pessoais:

Doenças actuais e pregressas:

A – Actual ; P – Progressa					A	P
1. Doença cardiovascular						
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatia isquémica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência venosa periférica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença arterial coronária	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes enfarte agudo miocárdio	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disritmias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças da condução	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Bloqueio 1º grau <input type="checkbox"/> Bloqueio 2º grau <input type="checkbox"/> Bloqueio completo	<input type="checkbox"/> Hemibloqueio esquerdo <input type="checkbox"/> Hemibloqueio direito	<input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença vias aéreas superiores						
Apneia obstrutiva do sono	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com ventilação não invasiva <input type="checkbox"/> Sem ventilação não invasiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome hipoventilação Obesidade	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças vias aéreas superiores	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doença pulmonar						
Asma	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Dependente de oxigenioterapia <input type="checkbox"/> Independente de oxigenioterapia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPCO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com ventilação não invasiva <input type="checkbox"/> Sem ventilação não invasiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças Pulmonares	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doença do aparelho digestivo						
Refluxo gastro-esofágico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hérnia do hiato	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças do aparelho digestivo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Doença osteoarticular, tecido muscular e conjuntivo						
Doença articular	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença óssea	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença do tecido muscular e conjuntivo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Doença renal e génito-urinária						
Insuficiência renal crónica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ligeira	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Em Diálise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecções urinárias de repetição	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinência urinária	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ligeira	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças renais e génito-urinárias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Doença hepática						
Doença hepática alcoólica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença hepática não alcoólica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Doença endócrina						
Diabetes mellitus tipo 1	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus tipo 2	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Síndrome de Cushing	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Síndrome do ovário poliquístico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outras doenças endócrinas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Doença hematológica						
Anemia crónica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfomas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Em remissão	<input type="checkbox"/> Activa	<input type="checkbox"/> Sem informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Em remissão	<input type="checkbox"/> Activa	<input type="checkbox"/> Sem informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças hematológicas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Doenças imuno-alérgicas						
Alergias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Observações:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndromes de imunodeficiências	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças auto-imunes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Lúpus	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças imuno-alérgicas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Artrite reumatóide		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Não controlada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Doença neurológica						
Pseudotumor cerebral	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças neurológicas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Doença psiquiátrica						
Bulimia nervosa	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicod dependência	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroses	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoses	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Doença da pele e faneras						
Acantose nigricante	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças da pele e faneras	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações:						
(Descrever aspectos relevantes – acrescentar outras doenças)						



Data evento ___/___/___

Data requisição ___/___/___

Instituição Hospitalar: _____

Ser./Unid. Func: _____

Médico: _____ OM _____

Nº episódio: _____

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

Exame Objectivo

Dados biométricos:

Peso (Kg)	_____	Frequência Cardíaca (ciclos/min.)	_____
Altura (cm)	_____	Frequência Respiratória (ciclos/min.)	_____
Índice de massa corporal (kg/m ²)	_____	Pressão arterial sistólica (mmHg)	_____
Perímetro abdominal (cm)	_____	Pressão arterial diastólica (mmHg)	_____
Temperatura (°C)	_____	Oximetria (%)	_____

Estado geral	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Sistema nervoso central	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Estado de Consciência	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Cabeça e Pescoço	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Olhos	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Ouvidos	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Nariz, garganta, seios perinasais	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Cavidade oral e dentição	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Pescoço	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Tórax	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Mamas	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Aparelho respiratório	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Auscultação pulmonar	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Auscultação cardíaca	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Abdómen	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Gastrointestinal	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Membros	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Membros superiores	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Membros inferiores	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Insuficiência venosa periférica	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Aparelho genito urinário e pelve	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Pele e feneas	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Sist. Musc.-Equel. e Tec. Conect.	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Articulações	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Músculo	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas
Sistema endócrino	_ Sem alterações	_ Alterações moderadas	_ Alterações marcadas

Observações:

(Descrever aspectos relevantes)

Exames complementares recomendados em todos os utentes com ASA≥II ou para procedimentos complexos

Patologia Clínica: (Em alternativa anexar os resultados)

	Valor	Unidades		Valor	Unidades
Hemoglobina			Proteínas totais		
Hematócrito			Albumina (%)		
Vol. globular médio			Alfa1		
Leucócitos			Beta		
Neutrófilos (%)			Gama		
Plaquetas			AST ()		
Tempo de protrombina			ALT ()		
INR			Gama glutamil transpeptidase (86T)		
APTT			Urina II		
Glicémia					
Urémia					
Creatinémia					
Natrémia					
Caliémia					
Clorémia					

Electrocardiograma (ECG): (descrever o resultado do ECG, nomeadamente os aspectos anómalos)

Teleradiografia do tórax: (descrever aspectos anómalos identificados)



Data evento ___/___/___

Data requisição ___/___/___

Instituição Hospitalar: _____

Ser./Unid. Func: _____

Médico: _____ OM _____

Nº episódio: _____

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

Unidades Nosológicas – abordados no âmbito do evento

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						

Nas descrições localizar precisamente a região afectada e a extensão em área ou volume. Nos procedimentos referir sempre a abordagem e o tipo de técnica cirúrgica. Colocar código de patologia associada se ASA#1.

MCDT: (associados ou relevantes no contexto do evento, anexar respectivos relatórios)

Terapêutica efectuada:

Terapêutica prescrita:

(Anexar cópia de prescrição)

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)

Alteração do plano:**Complicações no âmbito das terapêuticas instituídas no episódio:**Sim Não (Em caso de resposta "Sim", detalhar o caso em baixo.)**1 Complicações hemorrágicas**

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

2 Infeciosas

- 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

- Aspiração de conteúdo gástrico
 Pneumonia
 Empiema pulmonar
 Pneumonia associada ventilador

- Pneumotórax
 Insuficiência respiratória aguda
 Edema pulmonar
 Obstrução da via aérea
 Embolia pulmonar
 Atelectasia
 Tromboembolismo pulmonar

6 Complicações cardíacas

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

7 Complicações digestivas e outras abdominais

- 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

- Infecção urinária
 Pielonefrite
 Retenção urinária
 Infecção urinária
 Insuficiência urinária aguda
 Insuficiência renal aguda
 Obstrução da via urinária

9 Complicações vasculares

- 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
 Cicatriz colóide
 Enfisema subcutâneo
 Bridas 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
 Dor crónica
 Resultado estético não aceitável

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

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

Validação do documento:

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

* 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.