

N. 10/2019/ACSS
DATA: 2019-06-27

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: Instituições do Sistema de Saúde

ASSUNTO: Documentos e Registos Médicos a utilizar na recolha de informação clínica, codificação de diagnósticos adicionais e procedimentos de codificação obrigatória

A codificação clínica de episódios pela ICD 10 CM/PCS tem como objetivo primordial a caracterização da produção hospitalar, devendo refletir a realidade da prestação de cuidados de saúde na instituição.

- **Documentos e Registos Médicos a utilizar na recolha de informação clínica a codificar**

A codificação dos episódios de internamento ou de ambulatório das instituições hospitalares é efetuada com base na informação clínica que consta do Relatório/Nota de Alta/ Óbito/ Transferência, complementada por informação constante nos registos dos diários clínicos médicos, episódio de urgência que deu origem ao episódio de internamento, relatório de transferência do hospital de origem, relato descritivo operatório e de outros procedimentos invasivos, relatório de exame histológico, ficha/ registo anestésico do episódio e, no caso do ambulatório médico, a informação constante dos registos clínicos e relatórios de exames associados a esse episódio.

As informações complementares para melhor caracterização da informação clínica, nomeadamente o grau de úlceras por pressão, índice de massa corporal e situação social, podem ser recolhidas respetivamente nos registos de enfermagem, nutricionistas e assistentes sociais desde que os diagnósticos estejam afirmados nos registos médicos.

- **Codificação Clínica – Diagnósticos adicionais**

Conforme as Guidelines da ICD10-CM-PCS na Secção III, para fins de codificação, são considerados diagnósticos adicionais todas as situações presentes à data de admissão ou que se desenvolvem posteriormente, que afetam o tratamento atual ou o tempo de internamento, exigindo:

1. avaliação clínica;
2. tratamento;
3. procedimentos de diagnóstico;
4. prolongamento do tempo de internamento hospitalar;
5. maior consumo de recursos de enfermagem e / ou monitorização.

Os diagnósticos que se relacionam apenas com episódio(s) anterior(es) não devem ser codificados. Esta regra deve ser aplicada em todos os níveis de cuidados e em todos os episódios codificáveis.

Estas Guidelines são aplicadas desde que não existam indicações específicas quer no Índice Alfabético quer na Lista Tabular da ICD 10CM.

Os achados anormais nos meios complementares de diagnóstico e terapêutico (laboratório, Imagiologia e outros) não devem ser codificados a menos que o médico assistente transcreva e valorize o seu significado nos registos médicos do episódio de cuidados de saúde.

- **Codificação Clínica – Procedimentos Obrigatórios**

São considerados obrigatórios os procedimentos:

- cirúrgicos e todos os procedimentos invasivos;
- que comportam riscos acrescidos;
- que comportam risco anestésico;
- diferenciados (que requerem treino especializado).

As regras que constam desta Circular Normativa aplicam-se a todos os episódios codificáveis em todas as Instituições do Sistema de Saúde e têm como objetivo a uniformização da codificação clínica a nível Nacional.

A Presidente do Conselho Diretivo

Márcia Raquel
Inácio Roque

Digitally Signed by Márcia Raquel
Inácio Roque
DN: C=PT, O=Administração Central
do Sistema de Saúde IP, CN=Márcia
Raquel Inácio Roque
Reason:
Date: 2019-07-02T11:06:14.487 UTC

(Márcia Roque)