

Nº: 10 / 2013 / DPS
Data: 12 / 03 / 2013

CIRCULAR NORMATIVA

Para: Instituições hospitalares do SNS

Assunto: Norma para Recolha, Preenchimento e Envio do Conjunto Mínimo Básico de Dados em GDH

INTRODUÇÃO

Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos, tendo sido adotada também a sua aplicação em Portugal ao ambulatório cirúrgico e médico. Através dos GDH é possível definir os produtos do hospital, a partir das características dos doentes que recebem conjuntos similares de cuidados hospitalares.

O Ministério da Saúde adotou o sistema de classificação de doentes em GDH como instrumento de financiamento e de gestão. O atual agrupador é a versão All Patient DRG 27 (2009, AP-DRG 27.0), em vigor desde 1 de janeiro de 2013.

A Codificação Clínica é efetuada por médicos codificadores (habilitados com curso ministrado pela ACSS), utilizando a International Classification of Diseases – 9th Revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) de acordo com versão em vigor à data da codificação do episódio, com as Guidelines e com os Consensos publicados pela ACSS.

As Folhas de Codificação de Internamento e de Ambulatório (ver Anexo 1) reúnem o conjunto mínimo básico de dados (CMBD) de natureza administrativa, clínica e demográfica referente a cada episódio, fundamental para a classificação dos doentes em GDH, sendo de recolha obrigatória quando aplicável. Exige a codificação clínica pela ICD-9-CM dos dados clínicos dos doentes saídos (diagnósticos, procedimentos, etc.).

Para a classificação dos episódios em GDH são necessárias as seguintes variáveis que constam das Folhas de Codificação:

- Idade;
- Sexo;
- Data de admissão;
- Data de alta;
- Destino Após a Alta;

- Diagnóstico Principal (codificado pela ICD-9-CM);
- Outros Diagnósticos (codificados pela ICD-9-CM);
- Procedimentos (codificados pela ICD-9-CM);
- Peso à nascença do recém-nascido, em gramas (aplica-se apenas ao episódio do recém-nascido).

Os conceitos de doente internado, episódio agudo de doença, episódio crónico de doença, episódio de internamento, tempo de internamento, ambulatório médico, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, intervenção cirúrgica e sistema de classificação de doentes em GDH são os regidos pelo Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS publicado por Portaria do Ministério da Saúde, em vigor.

Os conceitos de Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais são os definidos pelo Instituto Nacional de Estatística, entendendo-se ser o conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde os doentes em estado crítico/recém-nascidos em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia.

Após a recolha dos dados e a sua codificação, estes são inseridos no WebGDH¹, (aplicação informática de registo dos dados das Folhas de Codificação, desenhada e parametrizada para receber o CMBD), e posteriormente agrupados em GDH, pelo que é importante o máximo rigor no preenchimento das Folhas de Codificação, devendo para tal observar-se a norma para o seu preenchimento, recolha e envio do CMBD.

¹ Ao longo do presente documento ao referir-se o aplicativo informático WebGDH encontra-se implícita a referência a aplicativos alternativos.

1. NORMA PARA PREENCHIMENTO DAS FOLHAS DE CODIFICAÇÃO, RECOLHA E ENVIO DO CMBD PARA A ACSS

1.1. A ACSS disponibiliza dois modelos de Folha de Codificação, um para o internamento e outro para o ambulatório (a preencher para as situações de cirurgia de ambulatório ou de ambulatório médico). Os modelos de Folhas de Codificação a usar nas instituições hospitalares devem estar em conformidade com o definido nestas normas. Poderão incluir dados adicionais aos previstos nas Folhas de Codificação normalizadas pela ACSS, mas terão sempre de incluir o mínimo previsto pela ACSS e nos termos por esta definidos.

1.2. As folhas da ACSS são modelos oficiais normalizados a nível nacional. Se os hospitais as adotarem na íntegra (sem adaptações) devem juntar o seu logótipo (do Hospital) para identificarem a instituição, mas os logótipos da ACSS e Ministério da Saúde (MS) e a referência ao modelo da ACSS devem manter-se.

No caso de o Hospital efetuar adaptações aos modelos oficiais da ACSS, os logótipos da ACSS e MS devem manter-se, e o Hospital deverá adicionar o seu logótipo e referir que o mesmo corresponde a uma adaptação do modelo da ACSS em vigor.

1.3. Relativamente ao processo de recolha de dados a registar nas Folhas de Codificação, após a data de alta do doente para cada episódio de internamento, de cirurgia de ambulatório (CA), deverá ser preenchida uma Folha de Codificação para cada episódio, à exceção do ambulatório médico (AM).

1.4. As Folhas de Codificação devem ser guardadas pelo período legalmente estabelecido.

1.5. Cada Folha de Codificação deve ser identificada com um número de utente e com um número único de identificação do episódio (seja qual for o tipo de episódio: de Internamento, de Cirurgia do Ambulatório (CA) ou de Ambulatório Médico (AM)).

1.6. Os dados das Folhas de Codificação de Internamento e do Ambulatório podem dividir-se em dois grandes grupos: um conjunto de dados cuja recolha e responsabilidade de preenchimento é do operador do aplicativo informático e o outro conjunto de dados cuja recolha e responsabilidade de preenchimento é do Médico Codificador.

1.7. As Folhas de Codificação dos episódios que já estejam identificadas e que tenham registada a informação administrativa e demográfica do doente, deverão, juntamente com a informação clínica do episódio de alta do doente, ser entregues ao Médico Codificador, que as completará com a codificação clínica, segundo as regras da ICD-9-CM, Guidelines e Consensos, e as validará na íntegra.

1.8. Os dados de cada episódio deverão ser registados na aplicação informática WebGDH instalada na instituição hospitalar. O Operador deverá seguir, para o efeito, as instruções de registo dos dados no WebGDH previstas no Manual de Utilizador daquela aplicação informática ou presente na própria aplicação, na secção Ajuda.

1.9. O preenchimento de alguns dos campos da Folha de Codificação está automatizado, caso o hospital utilize as aplicações informáticas SONHO e WebGDH, uma vez que a informação para o WebGDH é automaticamente importada do SONHO.

1.10. No caso de hospitais que utilizem a versão Standalone do WebGDH, deverá encontrar-se garantida a integração no WebGDH de informação relevante proveniente de sistemas alternativos ao SONHO.

1.11. Os campos automaticamente preenchidos a partir da informação do SONHO e que estejam parametrizados como “não editáveis” (não permitem a alteração da informação no WebGDH), mas relativamente aos quais, e em casos específicos, o Médico Codificador entenda ser necessário alterar a

informação nestes contida, as alterações deverão fazer-se diretamente no SONHO, e de seguida, então, importar de novo os episódios para o WebGDH.

1.12. A informação contida nos campos automaticamente preenchidos a partir da informação do SONHO e parametrizados como “editáveis” pode ser alterada diretamente no WebGDH, se necessário, e após validação do Médico Codificador. A instituição deve garantir que os registos no WebGDH e no SONHO são coincidentes.

1.13. Sempre que o Operador detetar não conformidades nos dados registados nas Folhas de Codificação deverá alertar o Médico Codificador, ficando os episódios como temporários até correção por parte do Médico Codificador ou Auditor.

1.14. O Anexo 2 apresenta o conteúdo e as normas de preenchimento de cada um dos campos de informação da Folha de Codificação do Internamento e Ambulatório.

1.15. No final de cada mês, dever-se-á verificar se foram inseridos todos os episódios de alta dos doentes saídos nesse mês, e desenvolver esforços para que os episódios em falta sejam codificados e registados atempadamente.

1.16. Concluída a codificação e inserção dos dados dos episódios de alta do mês, e depois de agrupados em GDH e validados, deverão gerar os ficheiros DBF (na função disponível para o efeito no WebGDH) relativos à produção do mês, para serem lidos pelo programa informático “AUDITOR” (aplicação informática disponível nos hospitais), de modo a gerar o respetivo relatório de auditoria à codificação clínica.

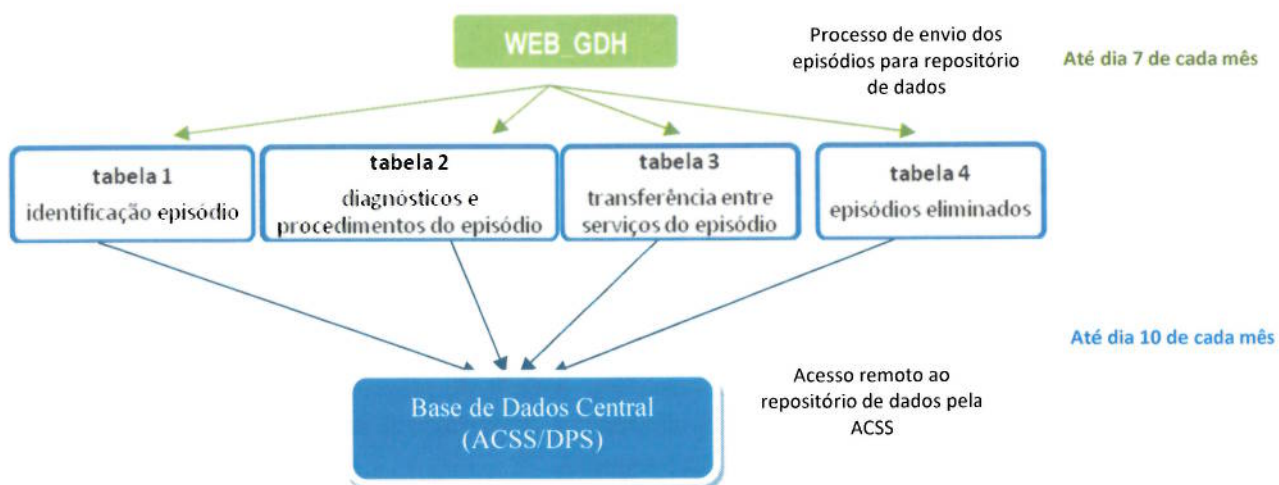
1.17. As mensagens de alerta, os erros ou as não conformidades detetadas pelo algoritmo do “AUDITOR” deverão ser revistas e corrigidas pelo Médico Codificador e/ou pelo Auditor Interno, devendo no primeiro caso ser validadas pelo Auditor Interno, e o Operador deverá fazer as alterações necessárias, indicadas pelo Médico Codificador ou Auditor, no WebGDH.

1.18. No dia 7 de cada mês é acionado o processo do WebGDH (para a versão SONHO e versão Standalone) que faz migrar os dados dos episódios agrupados em GDH e ainda não enviados e/ou alterados para a ACSS (para base de dados nacional central - BDGDH) para um “repositório de dados” (quatro tabelas) armazenado no servidor da instituição².

1.19. No dia 10 de cada mês, a ACSS/ DPS acede remotamente aos servidores das instituições (com WebGDH de versão SONHO ou WebGDH versão Standalone), ao “repositório de dados”, para integrar, na BDGDH, os episódios agrupados em GDH e ainda não enviados para a ACSS que haviam sido processados no dia 7 desse mês (ver esquema abaixo).

1.20. Os episódios já agrupados em GDH, que entretanto sofram alterações, serão novamente integrados no seguinte processo de envio de dados para a ACSS que ocorre mensalmente.

² Ver: ofício-circular da ACSS n.º 12588 de 21 de Julho, 2011.



2. Algumas Regras para a Codificação Clínica

2.1. Relativamente à Codificação de Diagnósticos

2.1.1 Códigos V da ICD-9-CM (diagnósticos)

No caso do código de diagnóstico ser um código V, deverá utilizar-se a primeira posição da esquerda do campo para inscrição da letra "V", seguindo-se os dígitos do código.

2.1.2. Prioridade de Indicação dos Diagnósticos

Para o conjunto de diagnósticos selecionados, a partir do processo clínico do doente, e porque o agrupador de GDH tem um limite de 30 diagnósticos, a prioridade de indicação nas Folhas de Codificação de Internamento e Ambulatório deve ser a seguinte:

- a) Diagnóstico Principal;
- b) Outros Diagnósticos, em particular, as afeções ativas e/ou tratadas durante o episódio de internamento.

2.2. Relativamente à Codificação dos Procedimentos:

2.2.1. Prioridade de Indicação dos Procedimentos

Devido ao princípio da hierarquia cirúrgica, a ordem de apresentação dos procedimentos na Folha de Codificação de Internamento e Ambulatório não tem influência nem na classificação do doente na classe cirúrgica, nem na atribuição do GDH. Contudo, e porque o agrupador de GDH tem um limite de 30 procedimentos, a prioridade de indicação na Folha de Codificação de Internamento deve ser a seguinte:

- a) Intervenções Cirúrgicas;
- b) Procedimentos de codificação obrigatória considerados pela ICD-9-CM como "non-operating room";
- c) Outros Procedimentos.

2.3 Relativamente ao agrupamento dos episódios em GDH:

2.3.1. Os episódios de internamento agrupados nos "GDH 470 – Não Agrupável" e "GDH 469 – Diagnóstico Principal inválido como diagnóstico de alta", devem obrigatoriamente ser revistos pelos Médicos Codificadores/ Auditores Internos para identificação do erro. Estes episódios, até correção, deverão ficar guardados num ficheiro temporário da aplicação, não sendo passíveis de faturação nem de envio para a ACSS/ DPS.

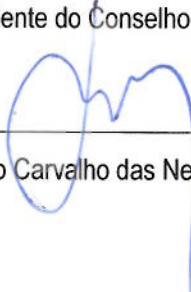
2.3.2. Os episódios de internamento agrupados nos **GDH 468, 476 e 477** deverão igualmente ser reavaliados pelos Médicos Codificadores/ Auditores Internos, não obstante poder tratar-se de situações corretamente codificadas. Estes GDH classificam situações de doentes submetidos a intervenção cirúrgica não relacionada com o Diagnóstico Principal: "GDH 468 - Procedimentos extensos, em B.O., não relacionados com o diagnóstico principal", "GDH 476 - Procedimento prostático, em B.O., não relacionado

com o diagnóstico principal", "GDH 477 -Procedimentos não extensos, em B.O., não relacionados com o diagnóstico principal".

2.4. Relativamente ao internamento de Recém-Nascidos:

2.4.1. Deverá ser sempre aberto um processo clínico individualizado para todos os episódios de recém-nascidos, sendo os respetivos processos remetidos aos médicos codificadores, como nos restantes casos. Aconselha-se que, nos casos em que o recém-nascido não tenha ainda nome antes de deixar a instituição, seja inscrito com a designação de "filho de...", seguindo-se o apelido da mãe.

O Presidente do Conselho Diretivo



(João Carvalho das Neves)

Anexo I

Instituição Hospitalar: _____

FOLHA DE CODIFICAÇÃO DE INTERNAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

Nome _____ N.º do Episódio _____ Sexo ☐ M ☐ F ☐ I ☐ N.º do Processo Clínico _____ N.º de Utente _____
 N.º de Beneficiário _____ Distrito/Concelho/Freguesia _____ Data de Nascimento _____ E.F.R. _____
 Nacionalidade _____

IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS E DO OPERADOR

Médico Codificador _____ N.º Ordem dos Médicos _____
 Médico Responsável _____ N.º Ordem dos Médicos _____
 Operador _____ N.º Mecanográfico _____
 Data da codificação _____

NATUREZA DE ADMISSÃO

Transferido de _____
 Admissão _____ Data _____
 NÃO PROGRAMADA
 PROGRAMADA
 SIGIC EXTERNO
 MEDICINA PRIVADA

EPISÓDIOS CIRÚRGICOS

Data da 1.ª intervenção cirúrgica _____

DESTINO APOS A ALTA

PARA O DOMICÍLIO

Domicílio (sem outra especificação) _____
 Hospital de Dia _____
 Consulta Externa do Hospital _____
 Consulta Externa de Outro Hospital _____
 Centro de Saúde / Médico de Família _____
 Serviço Domiciliário _____
 Saído contra parecer médico _____
 Falecido _____

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Unidade de convalescência _____
 Unidade de média duração e reabilitação _____
 Unidade de longa duração e manutenção _____
 Unidade de cuidados paliativos _____
 Unidade de convalescência AVC _____
 Unidade C.C.Int. de Saúde Mental _____
 Unidade C.C.Int. sem outra especificação _____

PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO

Hospital do S.N.S. _____
 Centro de Saúde (com internamento) _____
 Outro Hospital _____

TRANSFERIDO PARA:

MOTIVO DE TRANSFERÊNCIA:

Para seguimento _____
 Por falta de recursos _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

RECÉM NASCIDOS

Peso à nascença (gr): _____

N.º de dias em Cuidados Intensivos: _____

Semanas de gestação: _____

N.º de dias em ventilação mecânica invasiva: _____

Infecções nosocomiais: ☐ Sim ☐ Não ☐

Antibioterapia: ☐ Terapêutica ☐ Profilática ☐

Bilateralidade: ☐ Sim ☐ Não ☐

Simultaneidade: ☐ Sim ☐ Não ☐

TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS

1.º SERVIÇO	2.º SERVIÇO	3.º SERVIÇO
Data de Admissão _____	Data de Admissão _____	Data de Admissão _____
Data de Alta _____	Data de Alta _____	Data de Alta _____
COD: _____	COD: _____	COD: _____
Hora _____	Hora _____	Hora _____
4.º SERVIÇO	5.º SERVIÇO	ULTIMO SERVIÇO
Data de Admissão _____	Data de Admissão _____	Data de Admissão _____
Data de Alta _____	Data de Alta _____	Data de Alta _____
COD: _____	COD: _____	COD: _____
Hora _____	Hora _____	Hora _____
Hora _____	Hora _____	Hora _____

[illegible]

Cód. ICD9CM	
DP	V56.0 ADMISSÃO PARA DIÁLISE EXTRACORPORAL
D	
D	
P	39.95 HEMODIÁLISE
P	38.95 CATETERIZAÇÃO VENOSA PARA DIÁLISE RENAL

Número de Sessões: Numeração e data das Sessões:

Nota: a cateterização e a remoção devem ser assinaladas nos

Auditoria Interna

Data

Anexo II

INTERNAME				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Instituição Hospitalar	Nome da instituição hospitalar	Identificação da Instituição Hospitalar	Impresso na folha	
Nome	Nome do doente	Identificação do Doente	Todos os nomes e apelidos do doente sem abreviaturas	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Nº do Processo Clínico	Nº do processo associado ao episódio	Identificação do Doente	Nº único do processo clínico atribuído pela instituição	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Nº de Utente	Nº de utente do doente	Identificação do Doente	Número de beneficiário do SNS	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Nº do Episódio	Nº do episódio do SONHO	Identificação do Doente	Número do episódio de internamento	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Sexo	Sexo do doente	Identificação do Doente	Registrar uma opção: - Masculino - Feminino - Indeterminado	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Data de Nascimento	Data de nascimento do doente	Identificação do Doente	Data (dd/mm/aaaa)	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
E. F. R.	Entidade Financeira Responsável do episódio	Identificação do Doente	Entidade Financeira Responsável do episódio	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição. Os códigos das entidades financeiras responsáveis são fundamentais para o cálculo do financiamento e facturação das instituições. Devem por isso ser agrupados em GDH os episódios a cargo de todas as entidades financeiras responsáveis pelo pagamento da assistência prestada (SNS ou terceiras entidades pagadoras).
Nº de Beneficiário	Nº de beneficiário do doente	Identificação do Doente	Número de beneficiário do SNS ou da entidade responsável pelo pagamento da assistência prestada no episódio de internamento	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Distrito/Concelho/Freguesia	Residência do doente	Identificação do Doente	Área de residência	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Nacionalidade	Nacionalidade do doente	Identificação do Doente	Nacionalidade	Pode ser substituído por colocação de vinqueta de identificação do doente na instituição.
Médico Codificador	Identificação do médico codificador	Identificação dos Médicos e Operador	Nome e nº da Ordem dos Médicos	Não deve ser registado o número mecanográfico

INTERNAAMENTO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registro/Registro	Notas Adicionais de Registro
Médico Responsável	Identificação do médico responsável pela alta do doente	Identificação dos Médicos e Operador	Nome e nº da Ordem dos Médicos	Não deve ser registrado o número mecanográfico
Operador	Identificação do operador	Identificação dos Médicos e Operador	Nome e nº mecanográfico do funcionário que procedeu à introdução dos dados	Campo automático no WebGDH quando se imprime folha
Data da codificação	Data da codificação do episódio	Identificação dos Médicos e Operador	Data (dd/mm/aaaa)	Campo inexistente no WebGDH
Transferido de	Nome da unidade de saúde onde o doente se encontrava internado antes de ser transferido para outra unidade de saúde onde ocorre o episódio	Natureza de Admissão	Nome da instituição de onde o doente veio transferido	
Data	Data de admissão do doente no serviço de urgência	Natureza de Admissão	Data (dd/mm/aaaa)	
Admissão	Modo de admissão do doente	Natureza de Admissão	Registrar uma opção: - Admissão Não Programada - Admissão Programada - SIGIC Externo - Medicina Privada	No caso de se tratar de admissão programada no âmbito da medicina privada ou SIGIC Externo deverá ser assinalada a respetiva hipótese em vez de admissão programada. Entende-se por SIGIC Externo, a atividade cirúrgica realizada pelo Hospital como Hospital de Destino no âmbito do Sistema de gestão de Inscrições para Cirurgia (SIGIC).
Data de 1ª intervenção Cirúrgica ou procedimento considerado como cirúrgico	Data da 1ª intervenção cirúrgica ou procedimento considerado como cirúrgico efetuada ao doente durante o episódio de internamento	Episódios Cirúrgicos	Data (dd/mm/aaaa)	Esta informação é utilizada no esclarecimento de algumas situações específicas, nomeadamente na clarificação de internamentos prolongados por motivos relacionados com o período pré-operatório ou cálculo da demora média pré-operatória.

INTERNAMENTO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Serviço de Internamento e Código de internamento	Nome e código do(s) serviço(s) onde o doente esteve internado	Transferência entre Serviços	Nome do(s) serviço(s) onde esteve internado	Podem registar-se até 6 transferências internas . Para um doente que passou, por exemplo, por dois serviços de internamento deve preencher-se os campos do 1º Serviço e de preferência do último serviço. O serviço de observação (SO) do serviço de urgência nunca conta como primeiro serviço, ainda que o doente aí tenha permanecido mais de 24 horas. Os doentes que tenham estado em mais de seis serviços de internamento devem ser preenchido os campos do 1º Serviço ao 5º Serviço, para os cinco primeiros serviços e no campo do último serviço para o serviço do qual o doente teve alta.
Data de Admissão	Data de admissão no(s) serviço(s) onde o doente esteve internado	Transferência entre Serviços	Data (dd/mm/aaaa)	A data de admissão no primeiro serviço de internamento deve ser inferior ou igual à data de alta do internamento. Quando um doente internado for admitido pelo serviço de urgência, a data da sua admissão no serviço de internamento é sempre a da sua apresentação no serviço de urgência.
Hora de Admissão	Hora de admissão no(s) serviço(s) onde o doente esteve internado	Transferência entre Serviços	Hora (hh:mm)	
Data de Alta	Data de alta do(s) serviço(s) onde o doente esteve internado	Transferência entre Serviços	Data (dd/mm/aaaa)	
Hora de Alta	Hora de alta do(s) serviço(s) onde o doente esteve internado	Transferência entre Serviços	Hora (hh:mm)	

INTERNAMENTO					
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo	
Destino após Alta	Destino do doente após ter tido alta	Destino após Alta	Registrar uma opção: -Domicílio (sem outra especificação) - Hospital de Dia - Consulta Externa do Hospital - Consulta Externa de outro Hospital - Centro de Saúde / Médico de Família - Serviço Domiciliário - Saído Contra Parecer Médico - Falecido - Hospital do SNS - Centro de Saúde (com internamento) - Outro Hospital - Unidade de Convalescência - Unidade de Média Duração e Reabilitação - Unidade de Longa Duração e Manutenção - Unidade de Cuidados Paliativos - Unidade de Convalescência AVC - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental - Unidade de Cuidados Continuados sem outra Especificação	Os destinos "saído contra parecer médico" e "falecido", quando aplicáveis, influenciam a classificação dos episódios em GDH.	
Transferido Para	Nome da unidade de saúde para onde o doente foi transferido	Destino após alta	Nome da unidade de saúde para onde foi transferido o doente		
Motivo de Transferência	Motivo da transferência para outro hospital ou outra instituição com internamento	Destino após Alta	Registrar uma opção: - Para seguimento (transferência para outro hospital para continuidade de cuidados) - Por falta de recursos (transferência para outro hospital por impossibilidade de tratar do doente no hospital por falta de recursos)		
Peso à Nascimento	Peso à nascença do recém nascido	Recém Nascidos	Peso (em gramas) à nascença do recém nascido	Aplica-se no episódio do recém-nascido.	

INTERNAME				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Dias de Cuidados Intensivos	Nº de dias em que o doente esteve internado numa unidade de cuidados intensivos oficialmente reconhecida.	Outras Informações	Automático se existir a identificação dos serviços de UCI de acordo com informação a montante fornecida pelo SONHO)	O tempo de permanência em UCI deve ser contado em número de dias completos, arredondados por excesso. Por exemplo, um período de permanência em UCI inferior a 24 horas deve ser contado como um dia de internamento. Esta informação destina-se a fornecer elementos para a determinação do impacto das unidades de cuidados intensivos nos custos por GDH.
Semanas de gestação	Nº de semanas de gestação	Outras Informações	Idade gestacional da criança em semanas na altura do parto	Esta é uma informação do Parto (episódio de internamento da mãe), muito embora a mesma informação deva ser preenchida no episódio do recém-nascido, no caso de prematuridade.
Dias de Ventilação Mecânica Invasiva	Número de dias em que o doente esteve sob ventilação mecânica invasiva	Outras Informações	Número de dias em que o doente esteve sob ventilação mecânica invasiva	Segundo a tabela de preços do SNS em vigor, apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente (com registo de um dos códigos da ICD-9-CM 96.72 – ventilação mecânica contínua por 96 ou mais horas consecutivas ou 93.90 – pressão respiratória positiva contínua (CPAP)) e que apresentem um tempo de internamento superior a 126 dias.
Infecções nosocomiais	Indica se teve ou não infeções nosocomiais	Outras Informações	Registrar uma opção: - Sim - Não	
Antibioterapia	Indica se houve antibioterapia	Outras Informações	Registrar uma ou ambas opções: - Terapêutica - Profilática	
Bilateralidade	Indica se teve ou não bilateralidade	Outras Informações	Registrar uma opção: - Sim - Não	O mesmo procedimento realizado em estruturas simétricas, no lado direito e no lado esquerdo (membro ou órgão distinto, ex ^o : olhos, pernas).
Simultaneidade	Indica se teve ou não simultaneidade	Outras Informações	Registrar uma opção: - Sim - Não	Procedimentos diferentes realizados no mesmo episódio cirúrgico, com finalidades terapêuticas diferentes.

INTERNAMAMENTO					
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo	
Diagnóstico Principal	Código e designação do diagnóstico principal	Diagnósticos	Código(s) (XXXXX) de diagnóstico da ICD- 9-CM	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Diagnósticos são todas as patologias que afetam o episódio atual de internamento. O diagnóstico principal designa-se e define-se como aquele que, depois do estudo do doente, é considerado responsável pela admissão do doente, no hospital, para tratamento. O preenchimento destes campos deve ser feito da esquerda para a direita, destinando-se a linha mais extensa para a descrição dos diagnósticos, seguida dos respectivos códigos. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como XXXXX em vez de XXX.XX). Poderão também ser usados os códigos V.	
Outros Diagnósticos	Códigos e designações dos diagnósticos adicionais ao episódio	Diagnósticos	Código(s) (XXXXX) de diagnóstico do ICD- 9-CM	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Devem ser sempre indicados os “Outros diagnósticos” que sejam complicações da lesão ou doença principal e/ou comorbidades, isto é, al(s) doença(s) aguda(s) ou crónica(s) associada(s), que tenham sido objeto de diagnóstico, vigilância ou terapêutica, no decorrer do episódio ou que impliquem prolongamento da estadia do doente no atual episódio de internamento. O preenchimento destes campos deve ser feito da esquerda para a direita, destinando-se a linha mais extensa para a descrição dos diagnósticos, seguida dos respectivos códigos. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como XXXXX em vez de XXX.XX). Poderão também ser usados os códigos V.	
Procedimentos	Códigos e designações dos procedimentos	Procedimentos	Código(s) (XXXX) de procedimentos ICD- 9-CM	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Procedimentos (cirúrgicos e não cirúrgicos) da ICD- 9-CM, realizados ao doente durante o episódio. O preenchimento destes campos deve ser feito da esquerda para a direita, destinando-se a linha mais extensa para a descrição dos procedimentos, seguida dos respectivos códigos. O código alinha à esquerda. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como XXXX em vez de XX.XX).	

INTERNAIMENTO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registro/Registro	Notas Adicionais de Registro
Causas Externas	Códigos e designações das causas externas	Causas Externa	Até ao máximo de 2 Códigos E XXXX da ICD-9-CM por cada diagnóstico, sempre que este o exija.	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. As causas externas de lesão, intoxicação e efeito adverso, constituem um eixo de classificação da ICD-9-CM que permite codificar as circunstâncias em que determinada lesão ou intoxicação acontecem. O preenchimento deste campo deve ser feito da esquerda para a direita: destinando-se a primeira linha para o n.º de ordem do diagnóstico, a 2ª linha para a designação da causa externa e a terceira linha para o código que se inicia com a letra "E". Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como EXXXX em vez de EXXX.X).
	Morfologia Tumoral	Morfologia Tumoral	Um código M da ICD-9-CM por cada diagnóstico, sempre que efetuado nesse episódio	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Código de identificação da morfologia tumoral onde os primeiros 4 dígitos identificam o tipo histológico da neoplasia e o último dígito o seu comportamento. O preenchimento deste campo deve ser feito da esquerda para a direita: destinando-se a primeira linha para o n.º de ordem do diagnóstico, a 2ª linha para a designação da Morfologia e a terceira linha para o código que se inicia com a letra "M". Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como MXXXX em vez de MXXX.X).
PNA	Presente na Admissão (<i>Presente On Admission - POA</i>)	Diagnósticos e Causas Externas	Registrar uma opção: - Sim - Não - Desconhecido - Indeterminado clinicamente - Não aplicável	Este indicador é atribuído ao diagnóstico principal e outros diagnósticos e às causas externas de lesões ou intoxicações (códigos E) que foram objeto de codificação. O PNA é definido como presente no momento em que é decidido o internamento do doente, incluindo as condições que se desenrolam na urgência, na sala de observações, na consulta externa, no hospital de dia ou durante um episódio de cirurgia de ambulatório.
Médico Auditor Interno	Identificação do médico responsável pela auditoria interna	Auditoria Interna	Nome e nº da Ordem dos Médicos	Não deve ser registado o número mecanográfico
Data da Auditoria Interna	Data da auditoria interna	Auditoria Interna	Data (dd/mm/aaaa)	Campo inexistente no WebGDH

AMBULATÓRIO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Instituição Hospitalar	Nome da instituição hospitalar	Identificação da Instituição Hospitalar	Impresso na folha	
Módulo	Identificação do tipo de episódio	Módulo	Registrar uma opção: - Hospital de Dia (HDI) - Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT) - Cirurgia do ambulatório (Cir.Amb) - Consulta Externa (C.Ext)	
Nome	Nome do doente	Identificação do Doente	Todos os nomes e apelidos do doente sem abreviaturas	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Nº do Processo Clínico	Nº do processo associado ao episódio	Identificação do Doente	Nº único do processo clínico atribuído pela instituição	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Nº de Utente	Nº de utente do doente	Identificação do Doente	Número de beneficiário do SNS	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Nº do Episódio	Nº do episódio do SONHO	Identificação do Doente	Número do episódio de internamento	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Sexo	Sexo do doente	Identificação do Doente	Registrar uma opção: - Masculino - Feminino - Indeterminado	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Data de Nascimento	Data de nascimento do doente	Identificação do Doente	Data (dd/mm/aaaa)	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
E.F.R.	Entidade Financeira Responsável do episódio	Identificação do Doente	Entidade Financeira Responsável do episódio	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição. Os códigos das entidades financeiras responsáveis são fundamentais para o cálculo do financiamento e facturação das instituições. Devem por isso ser agrupados em GDH os episódios a cargo de todas as entidades financeiras responsáveis pelo pagamento da assistência prestada (SNS ou terceiras entidades pagadoras).
Nº de Beneficiário	Nº de beneficiário do doente	Identificação do Doente	Número de beneficiário do SNS ou da entidade responsável pelo pagamento da assistência prestada no episódio de internamento	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.

AMBULATÓRIO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Distrito/Concelho/Freguesia	Residência do doente	Identificação do Doente	Área de residência	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Nacionalidade	Nacionalidade do doente	Identificação do Doente	Nacionalidade	Pode ser substituído por colocação de vinheta de identificação do doente na instituição.
Médico Codificador	Identificação do médico codificador	Identificação dos Médicos e Operador	Nome e nº da Ordem dos Médicos	Não deve ser registado o número mecanográfico
Médico Responsável	Identificação médico responsável pela alta do doente	Identificação dos Médicos e Operador	Nome e nº da Ordem dos Médicos	Não deve ser registado o número mecanográfico
Operador	Identificação do operador	Identificação dos Médicos e Operador	Nome e nº mecanográfico do funcionário que procedeu à introdução dos dados	Campo automático no WebGDH quando se imprime folha
Data	Data da codificação do episódio	Identificação dos Médicos e Operador	Data (dd/mm/aaaa)	Campo inexistente no WebGDH
Proveniência	Indica a unidade de saúde onde o doente se encontrava	Natureza da Admissão	Registar uma opção: - Da própria instituição - De outra instituição	
Admissão	Modo de admissão do doente	Natureza da Admissão	Registar uma opção: - Admissão Programada - SIGIC Externo - Medicina Privada	No caso de se tratar de admissão programada no âmbito da medicina privada ou SIGIC Externo deverá ser assinalada a respetiva hipótese em vez de admissão programada. Entende-se por SIGIC Externo, a atividade cirúrgica realizada pelo Hospital como Hospital de Destino no âmbito do Sistema de gestão de Insultos para Cirurgia (SIGIC).
Data Início Intervenção Cirúrgica	Data de início da intervenção cirúrgica	Intervenção Cirúrgica	Data (dd/mm/aaaa)	
Hora Início da Intervenção Cirúrgica	Hora de início da intervenção cirúrgica	Intervenção Cirúrgica	Hora (hh:mm)	O início da intervenção cirúrgica deve coincidir com o momento da entrada do doente na sala operatoria onde vai ser submetido à intervenção cirúrgica.
Data Fim da Intervenção Cirúrgica	Data fim da intervenção cirúrgica	Intervenção Cirúrgica	Data (dd/mm/aaaa)	

AMBULATÓRIO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Serviço e Código de Serviço	Nome e código do serviço onde o doente é tratado	Serviço	Nome do serviço	
Data de Admissão	Data de admissão no serviço onde o doente é tratado	Serviço	Data (dd/mm/aaaa)	
Hora de Admissão	Hora de admissão no serviço onde o doente é tratado	Serviço	Hora (hh:mm)	Hora de início do episódio
Data de Alta	Data da alta no serviço onde o doente é tratado	Serviço	Data (dd/mm/aaaa)	
Hora de Alta	Hora da alta no serviço onde o doente é tratado	Serviço	Hora (hh:mm)	Hora fim do episódio
Destino após Alta	Destino do doente após ter tido alta	Destino após Alta	Registrar uma opção: - Domicílio (sem outra especificação) - Saído Contra Parecer Médico - Falecido - Outra Instituição com internamento - Unidade de Cuidados Continuados Integrados (sem outra especificação)	Os destinos "saído contra parecer médico" e "falecido", quando aplicáveis, influenciam a classificação dos episódios em GDH.
Bilateralidade	Indica se teve ou não bilateralidade	Outras Informações	Registrar uma opção: - Sim - Não	O mesmo procedimento realizado em estruturas simétricas, no lado direito e no lado esquerdo (membro ou órgão distinto, exº: olhos, pernas).
Simultaneidade	Indica se teve ou não simultaneidade	Outras Informações	Registrar uma opção: - Sim - Não	Procedimentos diferentes realizados no mesmo episódio cirúrgico, com finalidades terapêuticas diferentes.

AMBULATÓRIO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Diagnóstico Principal	Código e designação do diagnóstico principal	Diagnósticos	Código(s) (XXXXX) de diagnóstico da ICD- 9-CM	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Diagnósticos são todas as patologias que afetam o episódio atual de internamento. O diagnóstico principal designa-se e define-se como aquele que, depois do estudo do doente, é considerado responsável pela admissão do doente, no hospital, para tratamento. O preenchimento destes campos deve ser feito da esquerda para a direita, destinando-se a linha mais extensa para a descrição dos diagnósticos, seguida dos respectivos códigos. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como XXXXX em vez de XXX.XX). Poderão também ser usados os códigos V.
Outros Diagnósticos	Códigos e designações dos diagnósticos adicionais ao episódio	Diagnósticos	Código(s) (XXXXX) de diagnóstico do ICD- 9-CM	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Devem ser sempre indicados os “Outros diagnósticos” que sejam complicações da lesão ou doença principal e/ou comorbilidades, isto é, a(s) doença(s) aguda(s) ou crónica(s) associada(s), que tenham sido objeto de diagnóstico, vigilância ou terapêutica, no decorrer do episódio ou que impliquem prolongamento da estadia do doente no atual episódio de internamento. O preenchimento destes campos deve ser feito da esquerda para a direita, destinando-se a linha mais extensa para a descrição dos diagnósticos, seguida dos respectivos códigos. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como XXXXX em vez de XXX.XX). Poderão também ser usados os códigos V.
Causas Externas	Códigos e designações das causas externas	Causas Externa	Até ao máximo de 2 Códigos E XXXX da ICD- 9-CM por cada diagnóstico, sempre que este o exija.	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. As causas externas de lesão, intoxicação e efeito adverso, constituem um eixo de classificação da ICD-9-CM que permite codificar as circunstâncias em que determinada lesão ou intoxicação acontecem. O preenchimento deste campo deve ser feito da esquerda para a direita: destinando-se a primeira linha para o n.º de ordem do diagnóstico, a 2ª linha para a designação da causa externa e a terceira linha para o código que se inicia com a letra “E”. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como EXXXX em vez de EXXX.X).

AMBULATÓRIO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registo/Registo	Notas Adicionais de Registo
Morfologia Tumoral	Códigos e designação das morfologias associadas ao diagnóstico selecionado (inclui designação)	Morfologia Tumoral	Um código M da ICD- 9-CM por cada diagnóstico, sempre que efetuado nesse episódio	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Código de identificação da morfologia tumoral onde os primeiros 4 dígitos identificam o tipo histológico da neoplasia, e o último dígito o seu comportamento. O preenchimento deste campo deve ser feito da esquerda para a direita: destinando-se a primeira linha para o n.º de ordem do diagnóstico, a 2ª linha para a designação da Morfologia e a terceira linha para o código que se inicia com a letra "M" . Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como MXXXX em vez de MXXX.X).
Procedimentos	Códigos e designações dos procedimentos	Procedimentos	Código(s) (XXXX) procedimentos ICD- 9-CM	Utilizar a versão ICD-9-CM em vigor à data da codificação do episódio. Procedimentos (cirúrgicos e não cirúrgicos) da ICD-9-CM, realizados ao doente durante o episódio. O preenchimento destes campos deve ser feito da esquerda para a direita, destinando-se a linha mais extensa para a descrição dos procedimentos, seguida dos respectivos códigos. O código alinha à esquerda. Não deve considerar-se o ponto a separar os dígitos (o código deve inscrever-se como XXXX em vez de XX.XX). Há ainda a possibilidade de se registar mais algum código ICD-9-CM de procedimento não incluído na lista (campo numérico de 4 dígitos para registo dos códigos dos procedimentos). Esta lista coincide com a tabela de actos médicos, classificáveis em GDH, com preço para ambulatório previsto no Anexo II da Tabela de preços do SNS, Portaria do Ministério da Saúde.
Nº sessões	Nº de sessões realizadas cuja codificação se mantém constante	Procedimentos	Nº de sessões	No campo número de sessões de Hospital de Dia destina-se a registar o número de sessões já realizadas e cuja codificação se mantém constante.
Número da sessão	Nº da sessão	Procedimentos	Nº da sessão	
Data da sessão	Data da realização da sessão	Procedimentos	Data (dd/mm/aaaa)	

AMBULATÓRIO				
Campo	Descritivo	Área	Opções de Registro/Registro	Notas Adicionais de Registro
Médico Auditor Interno	Identificação médico responsável pela auditoria interna	Auditoria Interna	Nome e nº da Ordem dos Médicos	Não deve ser registrado o número mecanográfico
Data da Auditoria Interna	Data da auditoria interna	Auditoria Interna	Data (dd/mm/aaaa)	Campo inexistente no WebGDH