

# REGISTO DA ADMISSÃO



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>						

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.

Admissão às \_\_\_:\_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ para a secção/equipa \_\_\_\_\_  
 Edifício: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

### Se mulher indicar:

Está grávida: Sim |\_| Não |\_| Nº Semanas de gravidez: \_\_\_\_\_  
 Nº Gestas: \_\_\_\_\_ Nº Paras: \_\_\_\_\_ Está a tomar anticonceptivo: Sim |\_| Não |\_|

Outros dados considerados relevantes:

<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)

**Se recém-nascido (até 6 meses):**

**Nº Semanas de gestação:** \_\_\_\_\_ **Peso à nascença:** \_\_\_\_\_ gr **Apgar:** 1º min. \_\_\_\_\_ 5º min. \_\_\_\_\_ 10º min. \_\_\_\_\_

**Outros dados considerados relevantes:**

**Peso:** \_\_\_\_\_ Kg **Altura:** \_\_\_\_\_ **TA:** Máx. \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_ mmHg **Freq. Cardíaca:** \_\_\_\_\_ ciclos/min

**Pulso:** Rítmico  Não rítmico  **Freq. Respiratória:** \_\_\_\_\_ ciclos/min.

**Descrever situações anómalas observadas:**

Tipo de admissão	Motivo de admissão	Proveniência	Admissão para
Programada <input type="checkbox"/>	Tratamento não urgente <input type="checkbox"/>	Outro serviço (transf. interna) <input type="checkbox"/>	Internamento <input type="checkbox"/>
Não programada <input type="checkbox"/>	Tratamento urgente <input type="checkbox"/>	Serviço urgente deste hosp. <input type="checkbox"/>	Cir. ambulatorio <input type="checkbox"/>
	Sociais <input type="checkbox"/>	Outro hosp. serviço (transf. externa) <input type="checkbox"/>	Hospital de dia <input type="checkbox"/>
	Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Serviço urgente de outro hosp. <input type="checkbox"/>	Hotelaria (ex. lar IPO) <input type="checkbox"/>
		Consulta/Ambulatório <input type="checkbox"/>	
		Utente <input type="checkbox"/>	
		Cirurgia de Ambulatório <input type="checkbox"/>	
		Caso provenha de outro serviço no hosp. indicar qual _____	

**Caso a proveniência seja externa ao hospital:**

Hospital: \_\_\_\_\_ Serviço/UF: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

**Alergias:** Sim  Não  **Outros constrangimentos:** Sim  Não

**Descrever:**

**Indicações especiais a ter em conta no internamento:** (medicação, alimentação, mobilidade, O2, monitorização, consultas ou exames)

**Registo dos documentos clínicos que o utente trouxe para o internamento:**

**Quando a admissão ao internamento decorre de uma transferência**

GDH do internamento anterior \_\_\_\_\_ Tempo de internamento anterior à transferência \_\_\_\_\_ dias

Razão evocada para transferência \_\_\_\_\_

**Observações:** (Assinalar diagnósticos fornecidos, procedimentos e terapêuticas no internamento anterior, recomendações enviadas)

**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.