

NOME DO DOENTE			
APÓLICE Nº		PESSOA SEGURA Nº	
LOCAL DE CONTACTO		TELEFONE	

QUESTIONÁRIO CLÍNICO _ MÉDICO ASSISTENTE
A preencher obrigatoriamente pelo médico assistente

1. Sintomas iniciais	

a) Data inicio dos mesmos	
----------------------------------	--

2. Data do Diagnóstico da Patologia(s) em causa	
--	--

3. Exames Complementares de Diagnóstico relacionados com a(s) patologia(s) em causa e que tenham sido solicitados desde o início do quadro clinico

4. Terapêuticas instituídas e data em que as mesmas tiveram lugar

5. Referência a outras Patologias com relação direta ou indireta com o Quadro Clinico actual

6. Data em que teve lugar o encaminhamento para a Consulta da Especialidade ____ / ____ / ____

NOME DO MÉDICO			
-----------------------	--	--	--

LOCAL DE CONTACTO		TELEFONE	
--------------------------	--	-----------------	--

Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao doente ou ao seu representante legal

ASSINATURA		DATA	____ / ____ / ____
-------------------	--	-------------	--------------------

NOME DO DOENTE			
APÓLICE Nº		PESSOA SEGURA Nº	
LOCAL DE CONTACTO		TELEFONE	

QUESTIONÁRIO CLÍNICO _ ESPECIALIDADE MÉDICO-CIRURGICA

A preencher obrigatoriamente pelo médico cirurgião

1. Desde quando assiste o doente acima referido?
2. Quando se manifestaram pela 1ª vez os sintomas da doença?
a) Quais foram?

b) Discrimine os exames subsidiários de diagnóstico solicitados, datas e locais onde foram efetuados ?

3. Qual o diagnóstico da doença (ICD.10) e data?

--

4. Houve algum internamento anterior?

--

a) Qual o motivo?

--

5. A que tipo de intervenção cirurgica e/ou tratamento o doente vai ser submetido ?

6. Qual a data prevista para o internamento e estabelecimento hospitalar onde o mesmo terá lugar?

--

a) Qual o numero de dias previstos para o internamento?
7. Qual o código previsto na Tabela de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, bem como o valor atribuído a "K" ?

--

8. Composição da Equipa Cirurgica

Cirurgião		1º Ajudante		2º Ajudante	
Instrumentista		Anestesiista		Outros	

RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO CIRURGICO

Nº CÉDULA		TELEFONE		Email	
------------------	--	-----------------	--	--------------	--

Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao doente ou ao seu representante legal
ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL