

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 clínico

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

5. Referência a outras Patologias com relação direta ou indireta com o Quadro Clínico 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 atribuido 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

--