mgen

ADMISSÃO PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA ☐

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – PARTO

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome:	Entidade Financiadora:
Nº do Cartão:	Idade:
E-mail:	Nº Telemóvel:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

DOENÇA/DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	ICD-9
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)	**ICD-9**

DADOS RELEVANTES:

Índice Obstétrico |___|___|___|___|

Idade gestacional (ecográfica) .....

Data última menstruação ____/____/_____

Data provável do Parto ____/____/_____

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS

História ginecológica pregressa e história obstétrica actual:

NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:

Data de Admissão ____/____/_____ Internamento ..... Nº diárias: .....

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Parto Vaginal Eutócico.....	Parto Vaginal Distócico.....
Cesariana.....	Cesariana Após Trabalho de Parto.....

QUANTIDADE	ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA ADV)	OBSERVAÇÕES	PONDERAÇÃO	REGIÃO ANATÓMICA	LATERALIDADE ESQ	DTO	K
					☐	☐	
					☐	☐	
					☐	☐	

EQUIPA CIRÚRGICA:

Cirurgião..... 1º Ajudante..... 2º Ajudante..... Instrumentista..... Anestesista..... Parteira..... Pediatra.....

Obstetra..... Outros.....

Em caso de Cesariana descrever a indicação clínica para o procedimento

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)

Nome:

Nº de Cédula:	Telefone/Tlm:	Fax/E-mail:

Nº de Contribuinte / Entidade para faturação:

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

Assinatura do Médico Responsável: Data: _____/_____/_____

Autorizo o Médico e/ou Hospital a facultar esta e outras informações necessárias à minha Seguradora/Médico representante do meu Plano Privado de Saúde e à AdvanceCare, para efetuar a análise clínica e respetivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à faturação destes serviços. Estas informações só podem ser utilizadas no âmbito do meu seguro de saúde/Sistema Privado de Saúde. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.

Assinatura do Doente ou seu representante legal Data: _____/_____/_____

Para mais informações contactar 707 78 20 60. Este documento deve ser enviado para a morada:
Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03

Os campos em destaque são de preenchimento obrigatório