

PEDIDO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO SAÚDE

INTERNAMENTO HOSPITALAR

E TRATAMENTOS AMBULATÓRIOS

Produto	
Nº do Cartão	

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

Nome do doente

Tel./Tlm. Idade do Doente

Autorizo o meu médico a facultar estas e outras informações necessárias para documentar o processo. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Data / /

(Assinatura do Médico)

2. TIPO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO

(Informação a ser preenchida pelo Médico)

<input type="checkbox"/> Hospitalização	<input type="checkbox"/> Intervenção Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Terapia da fala	<input type="checkbox"/> Tratamento da cor crónica
<input type="checkbox"/> Intervenção Cirúrgica pequena	<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Laserterapia

3. DIAGNÓSTICO

Desde quando a pessoa segura é sua doente? / / Qual o médico que o referenciou?

Diagnósticos	Data de início de Sintomas	ICD-9
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

Antecedentes pessoais/ tratamentos médicos ou cirúrgicos já efetuados:

Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o número de dioptrias: OE OD

4. ACIDENTE

(preencher apenas em caso de acidente)

Data de ocorrência do acidente / / Tipo de acidente: Viação Trabalho Outro

Descrição sucinta do acidente

Lesões resultantes

5. DIAGNÓSTICO

5.1 HOSPITALIZAÇÃO

Programada Urgência Nome do Hospital ou Clínica

Duração prevista do internamento: de / / a / / nº dias

Equipa cirúrgica: Cirurgião 1º Ajudante Anestesiista Instrumentista Anestesiista

Descrição dos procedimentos previstos	Código de nomenclatura	"K"
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim Não Qual o valor estimado da prótese? €

5.2 TRATAMENTOS

Plano de tratamento:

Descrição	Nº de sessões	Código de nomenclatura
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome do Hospital ou Clínica

6. OBSERVAÇÕES

Médico Responsável (A preencher pelo Médico responsável pelo Internamento Hospitalar, plano de tratamento ou realização do exame):

Nome completo

Telefone Nº cédula profissional NIF

E-mail

Morada

Data / /

(Assinatura do Médico)