

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – PARTO

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome:

Nº do Cartão: Idade:

E-mail: Nº Telemóvel:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

Diagnóstico

Desde quando é que segue a grávida? Qual foi o Médico que lhe referenciou a grávida?

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: anexar cópia do relatório dos mesmos**

História ginecológica pregressa e história obstétrica atual:

Nome do Hospital / Clínica: Admissão pelo serviço de urgência Data de Admissão ___/___/___ Internamento Nº diárias:**Descrição do procedimento:**Parto vaginal eutócico Parto vaginal distócico Cesariana Cesariana após trabalho de parto

Quantidade	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Observações	Ponderação	Região Anatómica	Lateralidade Esq Dto	K
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Equipa Cirúrgica:Cirurgião 1º Ajudante 2º Ajudante Instrumentista Anestésista 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: Valor de K a considerar: ____,__€

Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso à grávida 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 da grávida ou seu representante legal Data: ___/___/___

Para mais informações contactar 707 78 20 50.

Este documento deve ser enviado para a morada: Assessoria Clínica – Apartado 2245, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03

Os campos em destaque são de preenchimento obrigatório