

單位 Unidade: 澳門幣 MOP

職能分類 Classificação funcional	經濟分類 Classificação económica	名稱 Designação	金額 Montante
		<b>開支</b> <b>Despesas</b>	
		<b>經常開支</b> <b>Despesas correntes</b>	
	04-00-00-00-00	經常轉移 <i>Transferências correntes</i>	
	04-03-00-00-00	私人 <i>Particulares</i>	
5-02-0	04-03-00-00-02	家庭及個人 <i>Famílias e indivíduos</i>	62,520,000.00
		總開支 <i>Total das despesas</i>	62,520,000.00

二零零八年六月五日於社會工作局——行政管理委員會——主席：葉炳權——其他成員：容光耀，張鴻喜，張惠芬，Ulisses Júlio Freire Marques

Instituto de Acção Social, aos 5 de Junho de 2008. — O Conselho Administrativo. — O Presidente, *Ip Peng Kin*. — Os Restantes Membros, *Iong Kong Io — Zhang Hong Xi — Cheong Wai Fan — Ulisses Júlio Freire Marques*.

### 第 232/2008 號行政長官批示

行政長官行使《澳門特別行政區基本法》第五十條賦予的職權，並根據第15/2008號行政法規第六條第二款的規定，作出本批示。

一、核准載於附件的傳染病強制申報表格一和表格二的式樣，附件為本批示的組成部分。

二、本批示自公佈之日起生效，效力追溯至二零零八年七月三十一日。

二零零八年八月十五日

行政長官 何厚鏞

### Despacho do Chefe do Executivo n.º 232/2008

Usando da faculdade conferida pelo artigo 50.º da Lei Básica da Região Administrativa Especial de Macau e nos termos do n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento Administrativo n.º 15/2008, o Chefe do Executivo manda:

1. São aprovados os modelos dos impressos 1 e 2 de declaração obrigatória de doenças transmissíveis anexos ao presente despacho e que dele fazem parte integrante.

2. O presente despacho entra em vigor no dia da sua publicação, e os seus efeitos retroagem ao dia 31 de Julho de 2008.

15 de Agosto de 2008.

O Chefe do Executivo, *Ho Hau Wah*.

附件  
ANEXO  
表格一  
Impresso 1

免付回郵郵資服務  
RSF

許可證編號 111  
AUTORIZAÇÃO NO. 111

只限在本地投寄  
A UTILIZAR SOMENTE NO  
REGIME INTERNO



毋須貼上郵票  
郵費由收件人支付  
NÃO CARECE DE SELO. O  
PORTE SERÁ PAGO PELO  
DESTINATÁRIO

信件回郵服務  
經郵政局批准  
CARTA RESPOSTA  
AUTORIZADA PELA  
DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS  
DE CORREIOS

衛生局 疾病預防控制中心

Centro de Prevenção e Controlo de Doenças  
Serviços de Saúde

保密  
CONFIDENCIAL

電話 Tel 28533525 傳真 Fax 28533524

須以個案申報的疾病簡表

Tabela de Doenças de Declaração Singular

根據第 15 / 2008 號行政法規的規定  
Nos termos do Regulamento Administrativo n.º 15 / 2008

霍亂 <sup>1)</sup> Cólera <sup>1)</sup>	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	埃波拉病毒病 <sup>1)</sup> Doença pelo vírus Ebola <sup>1)</sup>
傷寒、副傷寒及其他沙門氏菌感染 Febre tifóide, febres paratífóides e outras salmoneloses	猩紅熱 Escarlatina	流行性出血熱 (漢坦病毒病) Febre hemorrágica epidémica (doença pelo vírus Hantaan)
志賀菌病 (包括細菌性痢疾) Shigelose (inclui a disenteria bacilar)	腦膜炎球菌感染 (有或無腦膜炎) Infecção meningocócica (com ou sem meningite)	水痘 Varicela
由腸出血性大腸埃希氏菌引起的感染 Infecção por <i>E. coli</i> enterohemorrágica	軍團菌病 (軍團病) Legionelose (doença dos legionários)	麻疹 Sarampo
細菌性食物中毒 Intoxicação alimentar bacteriana	梅毒 (所有種類) Sífilis (todos os tipos)	德國麻疹 (風疹), 包括先天性德國麻疹 Rubéola, inclui a síndrome da rubéola congénita
阿米巴病 Amebíase	淋球菌感染 Infecções gonocócicas	腸病毒感染 Infecções pelo enterovírus
輪狀病毒性腸炎 Enterite por rotavírus	肛門生殖器疱疹 Herpes anogenitalis	病毒性肝炎 Hepatite viral
由諾沃克因子引起的急性胃腸炎 Gastroenteropatia aguda pelo agente de Norwalk	斑疹傷寒 (包括恙蟲病) Tifo exantemático (inclui a doença de <i>tsutsugumshi</i> )	人類免疫缺陷病毒感染 Infecção pelo VIH
結核病 Tuberculose	急性脊髓灰質炎 <sup>1)</sup> Poliomielite aguda <sup>1)</sup>	流行性腮腺炎 Parotidite (papeira)
鼠疫 <sup>1)</sup> Peste <sup>1)</sup>	克雅二氏病 (亞急性海綿狀腦病) Doença de Creutzfeldt-Jakob (Encefalopatia espongiiforme subaguda)	急性流行性出血性結膜炎 Conjuntivite hemorrágica aguda endémica
炭疽 <sup>1)</sup> Antraz <sup>1)</sup>	狂犬病 <sup>1)</sup> Raiva <sup>1)</sup>	瘧疾 Malária
鉤端螺旋體病 Leptospirose	日本腦炎 Encefalite japonesa	嚴重急性呼吸道綜合徵 <sup>1)</sup> Síndrome respiratória aguda severa <sup>1)</sup>
麻風 Lepra	其他中樞神經系統病毒性感染 Outras infecções virais do sistema nervoso central	流行性感冒 Influenza
破傷風 Tétano	登革熱 Dengue	流感嗜血桿菌腦膜炎 Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>
白喉 Difteria	黃熱病 <sup>1)</sup> Febre amarela <sup>1)</sup>	

1) 須自知悉起 1 小時內申報的疾病 Doença sujeita a declaração no prazo de uma hora, a contar do momento em que tenha tomado conhecimento do respectivo caso.

 <p>澳門特別行政區政府          Governo da Região Administrativa Especial de Macau          衛生局          Serviços de Saúde</p> <p><b>強制申報疾病</b>  <b>DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATORIA</b></p> <p>表格一 本表供醫生用正楷填寫          IMPRESSO 1 A PREENCHER PELO MÉDICO COM LETRAS MAIÚSCULAS</p>	<b>由疾病預防控制中心填寫</b> A preencher pelo CDC		
	收件日期 Data da recepção _____ 病例編號 Nº do caso _____		
	CID-10 _____	<input type="checkbox"/> 已通知衛生監督 Já comunicado à AUTORIDADE SANITÁRIA	
	<input type="checkbox"/> 本地 LOCAL <input type="checkbox"/> 傳入 IMPORTADO	<input type="checkbox"/> 懷疑 SUSPEITO <input type="checkbox"/> 極可能 PROVÁVEL	<input type="checkbox"/> 確診 CONFIRMADO
GIS編碼 Cód. GIS _____ 編碼者 Codificador _____	職業編碼 Cód. Profissão _____ 電腦輸入 Entrada computadorizado _____	學校編碼 Cód. Escola _____ 負責人 Responsável _____	

應填寫本表格所有項目，以\*號標示的項目應儘可能填寫，以便有需要時可聯絡有關人士。  
 É necessário o preenchimento de todos os campos deste boletim. Os campos com \* devem ser preenchidos na medida do possível para mais facilmente contactar o interessado caso seja necessário.  
 \*\*如患者為學生或學校工作人員，應填寫學校資料。\* \* Se o doente for estudante ou trabalhador de estabelecimento de ensino é necessário o preenchimento de informações relativas à escola.  
 如遇緊急情況，在辦公時間內請聯絡疾病預防控制中心，電話：2853 3525，傳真：2853 3524；非辦公時間請聯絡當值的公共衛生醫生，電話：2831 3731。  
 Em caso de emergência, é favor contactar o CDC pelo Tel 2853 3525 ou Fax 2853 3524, dentro do horário de expediente. Fora daquele horário, é favor contactar o médico de saúde pública em serviço pelo Tel. 2831 3731.

**病人資料**  
DOENTE

衛生局就診者編號 Nº DE UTENTE DOS SS _____	其他就診者 / 身份證件 / 護照編號 OUTRO DOC. DO Nº DE UTENTE / B. I. / PASS _____
姓名 (中文及羅馬拼音) NOME (chinês e romanizado) _____ <small>性病 / 人類免疫缺陷病毒感染的患者姓名可以字母縮寫表示 EM CASO DE DST VIH PODE SER PREENCHIDA APENAS A ABBREVIATURA DO NOME DO DOENTE</small>	
出生日期 DATA DE NASC _____ <small>年 Ano    月 Mês    日 Dia</small>	性別 SEXO <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F <input type="checkbox"/> 本澳居民 RESIDENTE <input type="checkbox"/> 非本澳居民，來自 NÃO RESIDENTE, DE _____
職業 / 工作 PROFISSÃO / OCUPAÇÃO _____	* 工作地點 * LOCAL DE TRABALHO _____
* 住址 * MORADA _____	* 聯絡電話 * TELEFONE _____
** 學校 ** ESCOLA _____	** 年級 ** ANO _____ ** 班級 ** TURMA _____

**疾病資料**  
DOENÇA

診斷 DIAGNÓSTICO _____	發病日期 DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS _____ <small>年 Ano    月 Mês    日 Dia</small>
住院 FOI HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> 否 NÃO <input type="checkbox"/> 是 SIM	醫院及床號 HOSPITAL e Nº DA CAMA _____
嚴重併發症 COMPLICAÇÃO GRAVE <input type="checkbox"/> 無 NÃO <input type="checkbox"/> 有 SIM	入院日期 DATA DA ADMISSÃO _____ <small>年 Ano    月 Mês    日 Dia</small>
死亡 FALECEU <input type="checkbox"/> 否 NÃO <input type="checkbox"/> 是 SIM	請指明 INDICAR _____
其他相關病例 HOUVE MAIS CASOS <input type="checkbox"/> 無 NÃO <input type="checkbox"/> 有 SIM	死亡日期 DATA DE FALECIMENTO _____ <small>年 Ano    月 Mês    日 Dia</small>
感染地點 LOCAL DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 本地 LOCAL <input type="checkbox"/> 外地 IMPORT.	何人 / 何處 / 數量? QUEM / ONDE / QUANTOS? _____
* 病例分類 * CLASSIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> 懷疑 SUSPEITO <input type="checkbox"/> 極可能 PROVÁVEL <input type="checkbox"/> 確診 CONFIRMADO	旅行史 (城市，到達和離開的日期) HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE (CIDADE, DATA DE CHEGADA E PARTIDA) _____
* 診斷依據 * CRITÉRIOS DO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 臨床、影像學、篩查檢驗 CLÍNICOS, IMAGEM, RASTREIO <input type="checkbox"/> 特異性實驗室檢查，請指明 EXAME LABORATORIAL ESPECÍFICO, INDICAR _____	
* 備註 (包括可能的傳染源、暴露史、危險行為等) * OBSERVAÇÕES ( FONTE PROVÁVEL DA INFECÇÃO, EXPOSIÇÃO, COMPORTAMENTO DE RISCO ) _____	

**申報醫生**  
MÉDICO

姓名 (字跡清晰可辨) NOME (Letra legível) _____	衛生局登記編號 Nº DE REGISTO NOS SS _____
作出申報的機構 / 部門 INSTITUTO / SERVIÇO QUE DECLARA _____	電話 TELEFONE _____ 手提電話或傳呼機 TELEMOVEL OU PPK _____
申報日期 DATA DA DECLARAÇÃO _____ <small>年 Ano    月 Mês    日 Dia</small>	簽名 ASSINATURA _____

表格二  
Impresso 2

免付回郵郵資服務  
RSF

許可證編號 111  
AUTORIZAÇÃO NO. 111

只限在本地投寄  
A UTILIZAR SOMENTE NO  
REGIME INTERNO



毋須貼上郵票  
郵費由收件人支付  
NÃO CARECE DE SELO. O  
PORTE SERÁ PAGO PELO  
DESTINATÁRIO

信件回郵服務  
經郵政局批准  
CARTA RESPOSTA  
AUTORIZADA PELA  
DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS  
DE CORREIOS

衛生局 疾病預防控制中心

Centro de Prevenção e Controlo de Doenças  
Serviços de Saúde

保密  
CONFIDENCIAL

電話 Tel 28533525 傳真 Fax 28533524

須以個案申報的疾病簡表  
Tabela de Doenças de Declaração Singular

根據第 15 / 2008 號行政法規的規定  
Nos termos do Regulamento Administrativo n.º 15 / 2008

霍亂 <sup>1)</sup> Cólera <sup>1)</sup>	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	埃波拉病毒病 <sup>1)</sup> Doença pelo vírus Ebola <sup>1)</sup>
傷寒、副傷寒及其他沙門氏菌感染 Febre tifóide, febres paratífóides e outras salmoneloses	猩紅熱 Escarlatina	流行性出血熱 (漢坦病毒病) Febre hemorrágica epidémica (doença pelo vírus Hantaan)
志賀菌病 (包括細菌性病疾) Shigelose (inclui a disenteria bacilar)	腦膜炎球菌感染 (有或無腦膜炎) Infecção meningocócica (com ou sem meningite)	水痘 Varicela
由腸出血性大腸埃希氏菌引起的感染 Infecção por <i>E. coli</i> enterohemorrágica	軍團菌病 (軍團病) Legionelose (doença dos legionários)	麻疹 Sarampo
細菌性食物中毒 Intoxicação alimentar bacteriana	梅毒 (所有種類) Sífilis (todos os tipos)	德國麻疹 (風疹), 包括先天性德國麻疹 Rubéola, inclui a síndrome da rubéola congénita
阿米巴病 Amebíase	淋球菌感染 Infecções gonocócicas	腸病毒感染 Infecções pelo enterovírus
輪狀病毒性腸炎 Enterite por rotavírus	肛門生殖器疱疹 Herpes anogenitais	病毒性肝炎 Hepatite viral
由諾沃克因子引起的急性胃腸炎 Gastroenteropatia aguda pelo agente de Norwalk	斑疹傷寒 (包括恙蟲病) Tifo exantémico (inclui a doença de <i>tsutsugumshi</i> )	人類免疫缺陷病毒感染 Infecção pelo VIH
結核病 Tuberculose	急性脊髓灰質炎 <sup>1)</sup> Poliomielite aguda <sup>1)</sup>	流行性腮腺炎 Parotidite (papeira)
鼠疫 <sup>1)</sup> Peste <sup>1)</sup>	克雅二氏病 (亞急性海綿狀腦病) Doença de Creutzfeldt-Jakob (Encefalopatia espongiforme subaguda)	急性流行性出血性結膜炎 Conjuntivite hemorrágica aguda endémica
炭疽 <sup>1)</sup> Antraz <sup>1)</sup>	狂犬病 <sup>1)</sup> Raiva <sup>1)</sup>	瘧疾 Malária
鉤端螺旋體病 Leptospirose	日本腦炎 Encefalite japonesa	嚴重急性性呼吸道綜合徵 <sup>1)</sup> Síndrome respiratória aguda severa <sup>1)</sup>
麻風 Lepra	其他中樞神經系統病毒性感染 Outras infecções virais do sistema nervoso central	流行性感冒 Influenza
破傷風 Tétano	登革熱 Dengue	流感嗜血桿菌腦膜炎 Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>
白喉 Difteria	黃熱病 <sup>1)</sup> Febre amarela <sup>1)</sup>	

1) 須自知悉起 1 小時內申報的疾病 Doença sujeita a declaração no prazo de uma hora, a contar do momento em que tenha tomado conhecimento do respectivo caso.

 <p>澳門特別行政區政府                  Governo da Região Administrativa Especial de Macau                  衛生局                  Serviços de Saúde</p> <p><b>強制申報疾病</b>                  DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA</p> <p>表格二 本表供化驗室用正楷填寫                  IMPRESSO 2 A PREENCHER PELO LABORATÓRIO COM LETRAS MAIÚSCULAS</p>	由疾病預防控制中心填寫 A preencher pelo CDC			
	收件日期 Data da recepção _____		病例編號 Nº do caso _____	
	CID-10 _____		<input type="checkbox"/> 已通知衛生監督 Já comunicado à AUTORIDADE SANITÁRIA	
	<input type="checkbox"/> 本地 LOCAL	<input type="checkbox"/> 傳入 IMPORTADO	<input type="checkbox"/> 懷疑 SUSPEITO	<input type="checkbox"/> 極可能 PROVÁVEL
GIS編碼 Cód. GIS _____	職業編碼 Cód. Profissão _____	學校編碼 Cód. Escola _____		
編碼者 Codificador _____	電腦輸入 Entrada computadorizada _____	負責人 Responsável _____		

應填寫本表格所有項目，以\*號標示的項目應儘可能填寫，以便有需要時可聯絡有關人士。  
 É necessário o preenchimento de todos os campos deste boletim. Os campos com \* devem ser preenchidos na medida do possível para mais facilmente contactar o interessado caso seja necessário.  
 如遇緊急情況，在辦公時間內請聯絡疾病預防控制中心，電話：2853 3525，傳真：2853 3524；非辦公時間請聯絡當值的公共衛生醫生，電話：2831 3731。  
 Em caso de emergência, é favor contactar o CDC pelo Tel 2853 3525 ou Fax 2853 3524, dentro do horário de expediente. Fora daquele horário, é favor contactar o médico de saúde pública em serviço pelo Tel. 2831 3731.

**病人資料**  
DOENTE

衛生局就診者編號  
 Nº DE UTENTE DOS SS \_\_\_\_\_

其他就診者 / 身份證件 / 護照編號  
 OUTRO DOC. DO Nº DE UTENTE / B. I. / PASS \_\_\_\_\_

姓名 (中文及羅馬拼音)  
 NOME (chinês e romanizado) \_\_\_\_\_  
性病 / 人類免疫缺陷病毒感染的患者姓名可以字母縮寫表示 EM CASO DE DST VIH PODE SER PREENCHIDA APENAS A ABBREVIATURA DO NOME DO DOENTE

出生日期  
 DATA DE NASC \_\_\_\_\_  
年 Ano 月 Mês 日 Dia      性別 SEXO  男 M  女 F

\* 聯絡電話  
 \* TELEFONE \_\_\_\_\_

\* 職業 / 工作  
 \* PROFISSÃO / OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_  \* 本澳居民 \* RESIDENTE  \* 非本澳居民，來自 \* NÃO RESIDENTE, DE \_\_\_\_\_

\* 節檢計劃組別  
 \* PROGRAMA DE EXAME  產前檢查 PRE-NATAL  吸毒者 TOXICODPENDENTES  不記名監測 VIGILÂNCIA ANÓNIMA  捐血者 DADOR DE SANGUE

性病患者 DST DOENTES  結核病患者 TB DOENTES  其他 OUTROS \_\_\_\_\_

**樣本及診斷**  
AMOSTRA E DIAGNÓSTICO

樣本種類  
 TIPO DE AMOSTRA \_\_\_\_\_

樣本編號  
 Nº DA AMOSTRA \_\_\_\_\_

採集樣本日期  
 DATA DA COLEÇÃO DA AMOSTRA \_\_\_\_\_  
年 Ano 月 Mês 日 Dia

化驗室接收樣本日期  
 DATA DA RECEÇÃO NO LABORATÓRIO \_\_\_\_\_  
年 Ano 月 Mês 日 Dia

化驗方法  
 MÉTODO LABORATORIAL \_\_\_\_\_

化驗診斷  
 DIAGNÓSTICO DA ANÁLISE \_\_\_\_\_

臨床資料  
 INFORMAÇÃO CLÍNICA \_\_\_\_\_

申請化驗的醫生姓名  
 NOME DO MÉDICO REQUISITANTE \_\_\_\_\_

備註  
 OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**化驗室資料**  
LABORATÓRIO

化驗室名稱  
 NOME DO LABORATÓRIO \_\_\_\_\_

電話  
 TELEFONE \_\_\_\_\_

申報者姓名  
 NOME DO DECLARANTE \_\_\_\_\_

申報日期  
 DATA DA DECLARAÇÃO \_\_\_\_\_  
年 Ano 月 Mês 日 Dia

簽名  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_