

四、如電子文件的法定存檔期少於十五年，則上款所指的期限減至該期限。

五、資訊記錄受現行個人資料處理及保護法律制度約束。

4. O prazo referido no número anterior é, contudo, reduzido para o prazo legal de arquivo do documento electrónico, quando este for inferior a quinze anos.

5. O registo informático está sujeito ao regime jurídico do tratamento e protecção de dados pessoais, em vigor.

第 187/2013 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《傳染病強制申報機制》第六條第二款的規定，作出本批示。

一、核准為本批示組成部分的附件所載的傳染病強制申報表格一及表格二的式樣。

二、廢止第232/2008號行政長官批示。

三、本批示自公佈翌日起生效。

二零一三年六月十三日

行政長官 崔世安

Despacho do Chefe do Executivo n.º 187/2013

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 (Mecanismo de declaração obrigatória de doenças transmissíveis), o Chefe do Executivo manda:

1. São aprovados os modelos dos impressos 1 e 2 de declaração obrigatória de doenças transmissíveis constantes do anexo ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2. É revogado o Despacho do Chefe do Executivo n.º 232/2008.

3. O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

13 de Junho de 2013.

O Chefe do Executivo, *Chui Sai On*.

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 da Doença
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 ¹⁾ Cólera ¹⁾	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	埃玻拉病毒病 ¹⁾ Doença pelo vírus Ebola ¹⁾
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>Escherichia 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 exantemático (inclui a doença de <i>tsutsugamushi</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 ¹⁾ Poliomielite aguda ¹⁾	流行性腮腺炎 Parotidite (papeira)
鼠疫 ¹⁾ Peste ¹⁾	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 ¹⁾ Antraz ¹⁾	狂犬病 ¹⁾ Raiva ¹⁾	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 ¹⁾ Síndrome Respiratória Aguda Severa ¹⁾
麻風 Lepra	其他中樞神經系統病毒性感染 Outras infecções virais do sistema nervoso central	其他冠狀病毒相關嚴重呼吸道感染 ¹⁾ Infecção respiratória severa associada a outros coronavírus ¹⁾
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 ¹⁾ Febre amarela ¹⁾	流行性感冒 Influenza

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 style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">強制申報疾病</p> <p style="font-weight: bold;">DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA</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>	<p>由疾病預防控制中心填寫 A preencher pelo CDC</p> <p>收件日期 Data da recepção 病例編號 Nº do caso</p> <p style="text-align: center;"> <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"/> </p> <p style="text-align: center;"> CID-10 <input type="checkbox"/> 已通知衛生監督 Já comunicado à AUTORIDADE SANITÁRIA </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 本地 <input type="checkbox"/> 傳入 <input type="checkbox"/> 懷疑 <input type="checkbox"/> 極可能 <input type="checkbox"/> 確診 LOCAL IMPORTADO SUSPEITO PROVÁVEL CONFIRMADO </p> <p> GIS編碼 職業編碼 學校編碼 Cód. GIS Cód. Profissão Cód. Escola </p> <p> 編碼者 電腦輸入 負責人 Codificador Entrada computadorizada Responsável </p>
---	---

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	其他就診者 / 身份證件 / 護照編號 Nº DE OUTRO DOC. DO UTENTE/B.I./PASS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
姓名 (中文及羅馬拼音) NOME (chinês e romanizado) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
性病 / 人類免疫缺陷病毒感染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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	性別 SEXO <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 RESIDENTE NÃO RESIDENTE, DE
職業 / 工作 PROFISSÃO / OCUPAÇÃO <input type="text"/>	* 工作地點 * LOCAL DE TRABALHO <input type="text"/>
* 住址 * MORADA <input type="text"/>	* 聯絡電話 * TELEFONE <input type="text"/>
** 學校 ** ESCOLA <input type="text"/>	** 年級 ** 班級 ** ANO ** TURMA

疾病資料 DOENÇA	
診斷 DIAGNÓSTICO <input type="text"/>	發病日期 DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住院 FOI HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 NÃO SIM	醫院及床號 HOSPITAL e Nº DA CAMA <input type="text"/>
嚴重併發症 COMPLICAÇÃO GRAVE <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 NÃO SIM	入院日期 DATA DA ADMISSÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
死亡 FALECEU <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 NÃO SIM	請指明 INDICAR <input type="text"/>
其他相關病例 HOUE MAIS CASOS <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 NÃO SIM	死亡日期 DATA DE FALECIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
感染地點 LOCAL DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 本地 <input type="checkbox"/> 外地 LOCAL IMPORT.	何人 / 何處 / 數量? QUEM / ONDE / QUANTOS? <input type="text"/>
* 病例分類 * CLASSIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> 懷疑 <input type="checkbox"/> 極可能 <input type="checkbox"/> 確診 SUSPEITO PROVÁVEL CONFIRMADO	旅行史 (城市, 到達和離開的日期) HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE (CIDADE, DATA DE CHEGADA E PARTIDA) <input type="text"/>
* 診斷依據 * CRITÉRIOS DO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 臨床、影像學、篩查檢驗 <input type="checkbox"/> 特異性實驗室檢查, 請指明 CLÍNICOS, IMAGEM, RASTREIO 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) <input type="text"/>	

申報醫生 MÉDICO	
姓名 (字跡清晰可辨) NOME (Letra legível) <input type="text"/>	衛生局登記編號 Nº DE REGISTO NOS SS <input type="text"/>
作出申報的機構 / 部門 INSTITUTO / SERVIÇO QUE DECLARA <input type="text"/>	電話 手提電話或傳呼機 TELEFONE TELEMÓVEL OU PPK
申報日期 DATA DA DECLARAÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	簽名 ASSINATURA <input type="text"/>

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 RESPONSA
AUTORIZADA PELA
DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS
DE CORREIOS

衛生局 疾病預防控制中心

Centro de Prevenção e Controlo da Doença
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 ¹⁾ Cólera ¹⁾	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	埃玻拉病毒病 ¹⁾ Doença pelo vírus Ebola ¹⁾
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>Escherichia coli enterohemorrágica</i>	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 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 exantemático (inclui a doença de <i>tsutsugamushi</i>)	人類免疫缺陷病毒感 Infecção pelo VIH
結核病 Tuberculose	急性脊髓灰質炎 ¹⁾ Poliomielite aguda ¹⁾	流行性腮腺炎 Parotidite (papeira)
鼠疫 ¹⁾ Peste ¹⁾	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 ¹⁾ Antraz ¹⁾	狂犬病 ¹⁾ Raiva ¹⁾	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 ¹⁾ Síndrome Respiratória Aguda Severa ¹⁾
麻風 Lepra	其他中樞神經系統病毒性感染 Outras infecções virais do sistema nervoso central	其他冠狀病毒相關嚴重呼吸道感 Infecção respiratória severa associada a outros coronavírus 1)
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 ¹⁾ Febre amarela ¹⁾	流行性感 Influenza

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>強制申報疾病 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 receção _____	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 computadorizada _____	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 Nº DE OUTRO DOC. DO 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 _____ 性別 SEXO 男 M 女 F
年 Ano 月 Mês 日 Dia

* 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 _____

* 篩檢計劃組別 * PROGRAMA DE EXAME 產前檢查 PRÉ-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 _____ 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 _____ 簽名 ASSINATURA _____
年 Ano 月 Mês 日 Dia