

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 <sup>1)</sup> Cólera <sup>1)</sup>	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	埃玻拉病毒病 <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>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 <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	其他冠狀病毒相關嚴重呼吸道感染 <sup>1)</sup> Infecção respiratória severa associada a outros coronavírus <sup>1)</sup>
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>	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.



澳門特別行政區政府  
Governo da Região Administrativa Especial de Macau  
衛生局  
Serviços de Saúde

強制申報疾病  
DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

表格一 本表供醫生用正楷填寫  
IMPRESSO 1 A PREENCHER PELO MÉDICO COM LETRAS MAIÚSCULAS

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  已通知衛生監督  
Já comunicado à AUTORIDADE SANITÁRIA  
 本地  傳入  懷疑  極可能  確診  
LOCAL IMPORTADO SUSPEITO PROVÁVEL CONFIRMADO

GIS編碼 職業編碼 學校編碼  
Cód. GIS Cód. Profissão Cód. Escola  
編碼者 電腦輸入 負責人  
Codificador Entrada computadorizada 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  
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  本澳居民 RESIDENTE  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 年 Ano 月 Mês 日 Dia  
住院 FOI HOSPITALIZADO  否 NÃO  是 SIM 醫院及床號 HOSPITAL e Nº DA CAMA 入院日期 DATA DA ADMISSÃO 年 Ano 月 Mês 日 Dia  
嚴重併發症 COMPLICAÇÃO GRAVE  無 NÃO  有 SIM 請指明 INDICAR  
死亡 FALECEU  否 NÃO  是 SIM 死亡日期 DATA DE FALECIMENTO 年 Ano 月 Mês 日 Dia  
其他相關病例 HOUE MAIS CASOS  無 NÃO  有 SIM 何人 / 何處 / 數量? QUEM / ONDE / QUANTOS?  
感染地點 LOCAL DE INFECÇÃO  本地 LOCAL  外地 IMPORT. 旅行史 (城市, 到達和離開的日期) HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE (CIDADE, DATA DE CHEGADA E PARTIDA)  
\*病例分類 \*CLASSIFICAÇÃO  懷疑 SUSPEITO  極可能 PROVÁVEL  確診 CONFIRMADO  
\*診斷依據 \*CRITÉRIOS DO DIAGNÓSTICO  臨床、影像學、篩查檢驗 CLÍNICOS, IMAGEM, RASTREIO  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 TELEMÓVEL OU PPK  
申報日期 DATA DA DECLARAÇÃO 年 Ano 月 Mês 日 Dia 簽名 ASSINATURA

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 <sup>1)</sup> Cólera <sup>1)</sup>	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	埃玻拉病毒病 <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>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	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 <sup>1)</sup> Febre amarela <sup>1)</sup>	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.



澳門特別行政區政府  
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau  
 衛生局  
 Serviços de Saúde

強制申報疾病

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATORIA

表格二 本表供化驗室用正楷填寫  
 IMPRESSO 2 A PREENCHER PELO LABORATÓRIO COM LETRAS MAIÚSCULAS

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 \_\_\_\_\_  已通知衛生監督  
 Já comunicado à AUTORIDADE SANITÁRIA

本地 LOCAL  傳入 IMPORTADO  懷疑 SUSPEITO  極可能 PROVÁVEL  確診 CONFIRMADO

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  
 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 ABREVIATURA 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 TOXICODEPENDENTES  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 RECEPÇÃO 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