

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.º15/2008

| | | |
|---|--|--|
| 霍亂 ¹⁾ Cólera ¹⁾ | 猩紅熱 Escarlatina | 流行性出血熱 (漢坦病毒病) Febre hemorrágica epidémica (doença pelo vírus Hantaan) |
| 傷寒、副傷寒及其他沙門氏菌感染 Febre tifóide, febres paratífóides e outras salmoneloses | 腦膜炎球菌感染 (有或無腦膜炎) Infecção meningocócica (com ou sem meningite) | 水痘 Varicela |
| 志賀菌病 (包括細菌性痢疾) Shigelose (inclui a disenteria bacilar) | 軍團菌病 [軍團病] Legionelose (doença dos legionários) | 麻疹 Sarampo |
| 由腸出血性大腸埃希氏菌引起的感染 Infecção por <i>E. coli</i> enterohemorrágica | 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 |
| 細菌性食物中毒 Intoxicação alimentar bacteriana | 淋球菌感染 Infecções gonocócicas | 腸病毒感染 Infecções pelo enterovirus |
| 阿米巴病 Amebíase | 肛門生殖器官疱疹 Herpes anogenitais | 病毒性肝炎 Hepatite viral |
| 輪狀病毒性腸炎 Enterite por rotavirus | 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 |
| 由諾沃克因子引起的急性胃腸炎 Gastroenteropatia aguda pelo agente de Norwalk | 急性脊髓灰質炎 ¹⁾ Poliomielite aguda ¹⁾ | 流行性腮腺炎 Parotidite (papeira) |
| 結核病 Tuberculose | 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 |
| 鼠疫 ¹⁾ Peste ¹⁾ | 狂犬病 ¹⁾ Raiva ¹⁾ | 瘧疾 Malária |
| 炭疽 ¹⁾ Antraz ¹⁾ | 日本腦炎 Encefalite japonesa | 嚴重急性呼吸道綜合徵 ¹⁾ Síndrome respiratória aguda severa ¹⁾ |
| 鉤端螺旋體病 Leptospirose | 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⁾ |
| 麻風 Lepra | 登革熱 Dengue | 流感嗜血桿菌腦膜炎 Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> |
| 破傷風 Tétano | 寨卡病毒病 Doença pelo vírus Zika | 流行性感冒 Influenza |
| 白喉 Difteria | 黃熱病 ¹⁾ Febre amarela ¹⁾ | |
| 百日咳 Tosse convulsa (coqueluche) | 埃波拉病毒病 ¹⁾ Doença pelo vírus Ebola ¹⁾ | |

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 LOCAL 傳入 IMPORTADO 懷疑 SUSPEITO 極可能 PROVÁVEL 確診 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 seia 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的患者姓名可以字母縮寫表示 EM CASO DE DST VÍH PODE SER PRESENTEIA APENAS A ABBREVIATURA DO NOME DO DOENTE

出生日期 DATA DE NASC _____ 性別 SEXO 男 M 女 F 本澳居民 RESIDENTE 非本澳居民，來自 NÃO RESIDENTE, DE _____
年 Ano 月 Mês 日 Dia

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 HOUVE 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 特异性實驗室檢查, 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 _____ 簽名 ASSINATURA _____
年 Ano 月 Mês 日 Dia