

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	腸病毒感冒 Infecções pelo enterovírus
阿米巴病 Amebíase	肛門生殖器疱疹 Herpes anogenitais	病毒性肝炎 Hepatite viral
輪狀病毒性腸炎 Enterite por rotavírus	斑疹傷寒 (包括恙蟲病) Tifo exantemático (inclui a doença de <i>tsutsugumushi</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 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 _____ * 本澳居民 * 非本澳居民，來自
 * PROFISSÃO / OCUPAÇÃO * RESIDENTE * NÃO RESIDENTE, DE _____

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

性病患者 結核病患者 其他
 DST DOENTES TB DOENTES 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 METODO 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 MEDICO 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