

Portaria n.º 39/89/M
de 27 de Fevereiro

Tornando-se necessário proceder a correcções no mapa e nos modelos anexos à Portaria n.º 196/88/M, de 5 de Dezembro; Nesta conformidade;

Ouvido o Conselho Consultivo;

Usando da faculdade conferida pela alínea c) do n.º 1 e n.º 2 do artigo 15.º do Estatuto Orgânico de Macau, aprovado pela Lei Constitucional n.º 1/76, de 17 de Fevereiro, o Governador de Macau manda:

Artigo único. O mapa e os modelos anexos à Portaria n.º 196/88/M, de 5 de Dezembro, são substituídos pelo mapa e modelos anexos à presente portaria.

Governo de Macau, aos 17 de Fevereiro de 1989.

Publique-se.

O Governador, *Carlos Montez Melancia*.

DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
衛生司

RSF

T

Não carece de selo. O porte será pago pelo destinatário.
毋須貼上郵票，郵費由收件人支付。

A utilizar somente no Território de MACAU
只限在澳門投寄

Carta resposta autorizada pelos CTT
信件回郵服務經郵電司批准

À AUTORIDADE SANITÁRIA CONCELHIA*
致政府衛生當局

* MACAU — Centro de Saúde Macau Oriental ou ILHAS — Centro de Saúde da Taipa
澳門 — 塔石衛生中心 或 離島 — 氹仔衛生中心

TABELA DAS DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA
強制性申報疾病表

PORTARIA N.º 196/88/M

訓令 196/88/M 號

001	Cólera 霍亂	036	Infecção Meningocóc. (exc. 036.0) 傳染性腦膜炎 (036.0除外)	071	Raiva 狂犬病
002	Febres Tifóide e Paratífóide 傷寒和副傷寒	036.0	Meningite Meningocócica 球菌性腦膜炎	072	Parotidite Epidémica 流行性腮腺炎
003	Outras Salmoneloses 其它沙門氏菌病	037	Tétano (exclui 771.3) 破傷風 (771.3除外)	076	Tracoma 砂眼
004	Shigelose 志賀氏菌病	045	Poliomielite 急性脊髓灰質炎	080 a 083	Rickettsioses 立克次氏體病
006	Amebíase 阿米巴病	055	Sarampo 麻疹	084	Malária 瘧疾
011	Tuberculose Pulmonar 肺結核	056	Rubéola (exclui 771.0) 德國麻疹 (771.0除外)	090 a 097	Sífilis 梅毒
010 a 018	Tuberc. outras formas (exc. 011) 其它形式結核病 (011除外)	060	Febre Amarela 黃熱病	098	Infecções Gonocócicas 傳染性淋病
020	Peste 鼠疫	061	Dengue 登革熱	099	Outras doenças venéreas 其它性病
030	Lepra 麻瘋	070.0a 070.1	Hepatite por Vírus A 甲型病毒性肝炎	279.5a 279.6	SIDA e ARC 後天性免疫功能缺陷及其有關併發症
032	Difteria 白喉	070.2a 070.3	Hepatite por Vírus B 乙型病毒性肝炎	771.0	Rubéola Congénita 先天性德國麻疹
033	Tosse Convulsa 百日咳	070.4a 070.9	Hepatite por outros vírus e por vírus não especificados 其它病毒性肝炎和未證明的病毒性肝炎	771.3	Tétano Neonatal 新生兒破傷風
034.1	Escarlatina 猩紅熱			795.8	Portador — HIV (exc. 279.5 e 279.6) H I V 帶病毒者 (279.5 及 279.6 除外)

<p>MODELO 1</p> <p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS 強制性申報的疾病</p>	<p>表格 1</p>	<p>A PREENCHER PELA AUTORIDADE SANITÁRIA 由政府衛生當局填寫</p> <p>_____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">C. I. D. / 9ª 國際疾病分類</td> <td style="width: 40%;">_____</td> </tr> <tr> <td>ANO 年度</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N.º DO CASO 疾病編號</td> <td>_____</td> </tr> </table>	C. I. D. / 9ª 國際疾病分類	_____	ANO 年度	_____	N.º DO CASO 疾病編號	_____
C. I. D. / 9ª 國際疾病分類	_____							
ANO 年度	_____							
N.º DO CASO 疾病編號	_____							

A PREENCHER PELO MÉDICO COM LETRAS MAIÚSCULAS
只供醫生用正楷填寫

DOENTE 病人資料			
			N.º DE UTENTE 病者編號 _____
NOME (romanizado) 姓名 (譯音) _____			
NOME (chinês) 姓名 (中文) _____		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 性別 男 女	DATA DE NASC. 出生日期 _____
MORADA 地址 _____			
CONCELHO 區域	MACAU <input type="checkbox"/> 澳門	ILHAS <input type="checkbox"/> 離島	PROFISSÃO / OCUPAÇÃO 職業 工作 _____

DOENÇA 疾病			
DOENÇA 疾病 _____		DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS 症狀的開始日期 _____	
CONFIRMADA CLINICAMENTE 臨床證實 <input type="checkbox"/>	CONFIRMADA LABORATORIALMENTE 檢驗證實 <input type="checkbox"/>	AGUARDA CONFIRMAÇÃO 等待證實 <input type="checkbox"/>	
FOI HOSPITALIZADO 住院	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 否 是	HOSPITAL 醫院 _____	
FALECEU 死亡	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 否 是		
HOUVE MAIS CASOS: 其它病例		NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 否 是	QUANTOS 數目 _____
NA SUA HABITAÇÃO 家中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOUTRO LOCAL 其它地點		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		QUAL 地點	_____

MÉDICO 醫生			
NOME (romanizado) 姓名 (譯音) _____			
NOME (chinês) 姓名 (中文) _____		TELEFONE 電話 _____	N.º REGISTO NA D. S. S. 衛生司登記編號 _____
MORADA 地址 _____			CONCELHO MACAU <input type="checkbox"/> ILHAS <input type="checkbox"/> 區域 澳門 離島
DATA DE NOTIFICAÇÃO 申報日期 _____		ASSINATURA 簽名 _____	
OBSERVAÇÕES: 備註 _____			

<p>MODELO 2</p> <p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS 强制性申报的疾病</p>	<p>表格 2</p> <p>A PREENCHER PELA AUTORIDADE SANITÁRIA 由政府衛生當局填寫</p> <p>C. I. D. / 9ª 國際疾病分類</p> <p>ANO 年度</p> <p>N.º DO CASO 疾病編號</p>
--	--

A PREENCHER PELO LABORATÓRIO COM LETRAS MAIÚSCULAS
只供化验室用正楷填寫

DOENTE 病人資料	
<p>NOME (romanizado) 姓名 (譯音)</p> <p>姓名 (中文)</p> <p>MORADA 地址</p> <p>CONCELHO MACAU <input type="checkbox"/> ILHAS <input type="checkbox"/> 區 域 澳 門 離 島</p> <p>PROFISSÃO / OCUPAÇÃO 職業 工作</p>	<p>N.º DE UTENTE 病者編號</p> <p>SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 性別 男 女</p> <p>DATA DE NASC. 出生日期</p>
DOENÇA 疾病	
<p>DATA DA RECEPÇÃO NO LABORATÓRIO 接收受檢物日期</p> <p>DIAGNOSTICO LABORATORIAL 化验室診斷</p> <p>INFORMAÇÃO CLÍNICA 臨床資料</p> <p>NOME DO MÉDICO REQUISITANTE 申請化验醫生姓名</p>	
LABORATÓRIO 化验室	
<p>NOME</p> <p>DATA DE NOTIFICAÇÃO 申報日期</p>	<p>TELEFONE 電話</p> <p>ASSINATURA 簽名</p>
<p>OBSERVAÇÕES: 備註</p>	