

免付回郵郵資公共服務

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
經郵電局批准
CARTA RESPOSTA AUTORIZADA
PELA DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS
DE CORREIOS E
TELECOMUNICAÇÕES

衛生局 疾病預防及控制中心

O 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)	猴痘 Variola dos macacos [Monkeypox]
由腸出血性大腸埃希氏菌引起的感染 Infecção por <i>E. coli enterohemorrágica</i>	梅毒（所有種類） Sífilis (todos os tipos)	麻疹 Sarampo
細菌性食物中毒 Intoxicação alimentar bacteriana	淋球菌感染 Infecções gonocócicas	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	肛門生殖器疱疹 Herpes anogenitalis	腸病毒感染 Infecções pelo enterovírus
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>tsutsugamushi</i>)	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	急性脊髓灰質炎 ¹⁾ Poliomielite aguda ¹⁾	人類免疫缺陷病毒〔HIV〕感染 Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)
結核病 Tuberculose	克雅二氏病（亞急性海綿狀腦病） Doença de Creutzfeldt-Jakob (Encefalopatia espongiforme subaguda)	流行性腮腺炎 Parotidite (papeira)
鼠疫 ¹⁾ Peste ¹⁾	狂犬病 ¹⁾ Raiva ¹⁾	急性流行性出血性結膜炎 Conjuntivite hemorrágica aguda endémica
炭疽 ¹⁾ Antraz ¹⁾	日本腦炎 Encefalite japonesa	瘧疾 Malária
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	嚴重急性呼吸道綜合徵 ¹⁾ Síndrome respiratória aguda severa ¹⁾
麻風 Lepra	登革熱 Dengue	與其他冠狀病毒相關的嚴重急性呼吸道感染的 ¹⁾ Infecção respiratória aguda severa associada a outros coronavírus ¹⁾
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⁾	流感嗜血桿菌腦膜炎 Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>
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.



表格二 本表供化驗室用正楷填寫

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
LOCAL IMPORTADO

☐ 懷疑 ☐ 極可能 ☐ 確診
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.

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

--	--	--	--

 年 Ano

--	--

 月 Mês

--	--

 日 Dia 性別 SEXO ☐ 男 M ☐ 女 F

* 聯絡電話
* TELEPHONE

*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 TOXICODDEPENDENTES VIGILÂNCIA ANÔNIMA DADOR DE SANGUE

☐ 性病患者 ☐ 結核病患者 ☐ 其他
DST DOENTES TB DOENTES OUTROS

樣本種類	樣本編號
TIPO DE AMOSTRA	Nº DA AMOSTRA

採集樣本日期 _____ 年Ano _____ 月Mês _____ 日Dia
DATA DA COLEÇÃO DA AMOSTRA

化驗室接收樣本日期 _____ 年Ano _____ 月Mês _____ 日Dia
DATA DA RECEPÇÃO NO LABORATÓRIO

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

化驗室名稱	電話
NOME DO LABORATÓRIO	TELEFONE

申報者姓名 _____
 NOME DO DECLARANTE _____

申報日期 簽名
 DATA DA DECLARAÇÃO 年 Ano 月 Mês 日 Dia ASSINATURA _____