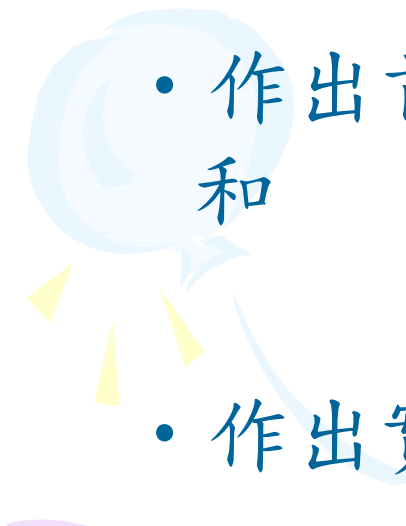





第15/2008號行政法規
傳染病強制申報機制



申報主體 – 誰需要申報

- 公共或私人醫療機構的負責人，或者
 - 作出首次診斷或填寫死亡證明書的醫生，
和
 - 作出實驗室診斷的技術人員
- 
- 



申報類型



- 以個案形式申報
 - 列於附件的傳染病

- 
- 以群案形式申報
 - 未列入本行政法規附件但載於第2/2004號法律附件中的傳染病。





申報條件 – 什麼情況下要申報?

- 以個案形式申報傳染病的條件載於附件。
 - 以群案形式申報傳染病的條件由衛生局以技術指引訂定。
- 
- 



申報期間

- 具備申報條件後一小時內作出申報：
 - 霍亂、鼠疫、黃熱病、埃玻拉病毒病、嚴重急性呼吸道綜合徵、炭疽、急性脊髓灰質炎和狂犬病；
 - 緊急爆發或流行的其他傳染病。
- 具備申報條件後二十四小時內作出申報：
 - 附件中的其他傳染病。
- 由衛生局以技術指引訂定
 - 群案申報期間。



申報方式

- 口頭

- 口頭申報後最長一小時內提交書面申報資料

- 郵寄

- 傳真

- 電子方式

申報表

- 申報表 - 由行政長官以批示核准，並公佈於《澳門特別行政區公報》。

- 衛生局根據監測傳染病的工作需要，可要求申報者提供申報表格以外的其他資料。

澳門特別行政區政府 Governo da Região Administrativa Especial de Macau 衛生局 Serviços de Saúde		由疾病預防控制中心填寫 A preencher pelo CDC	
強制申報疾病 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATORIA 表格一 本表供醫生用正體填寫 MOEDLO 1 - A PREENCHER PELO MÉDICO COM LETRAS MAIÚSCULAS		收件日期 Data de recepção	病例編號 Nº do caso
		<input type="checkbox"/> 本地 (LUGAR) <input type="checkbox"/> 轉入 (PORTADOR) <input type="checkbox"/> 懷疑 (SUSPEITO) <input type="checkbox"/> 極可能 (PROBABIL) <input type="checkbox"/> 確診 (CONFIRMADO)	
CID-10 <input type="checkbox"/> 已通知衛生監督 (Informado a AUTORIDADE SANITÁRIA)		GRUPO <input type="checkbox"/> 職業編號 (Clas. Prof.) <input type="checkbox"/> 學校編號 (Clas. Estud.)	
編碼者 (Codificador) <input type="checkbox"/> 電腦輸入 (Introduzido) <input type="checkbox"/> 西文人 (Alfabetizado)			
<small>本表格本表格有目的，以掌握傳染病的流行趨勢，以便在有需要時採取預防措施。 El presente formulário tem por objetivo conhecer a evolução das doenças transmissíveis, de modo a poder ser tomada a medida de prevenção caso seja necessário. * 此表格為衛生局專用表格，專供醫生填寫。 * Este formulário é exclusivo do estabelecimento de saúde / exclusivo do profissional de saúde autorizado a preencher a mesma. 本表格之填寫，必須用正體字填寫，並用大寫字母填寫。 * Este formulário deve ser preenchido com letras maiúsculas. The form must be completed in a formal manner in CAPITAL LETTERS.</small>			
病人資料 DOENTE			
醫生局就診表編號 Nº DE UTEENTE DOB SS		其他就診者 / 身份證件 / 護照編號 OUTRO DOC. DO Nº DE UTEENTE / N.º / PASS	
姓名 (中文及葡萄牙語) NOME (chines e português)			
<small>姓前 / 人姓名後請按前邊條的順序填寫，以字碼順序表示。 (Se o nome do paciente não estiver escrito, escreva o nome em código alfabético)</small>			
出生日期 DATA DE NASCIMENTO		性別 SEXO <input type="checkbox"/> 男 (M) <input type="checkbox"/> 女 (F) <input type="checkbox"/> 本澳居民 (RESIDENTE) <input type="checkbox"/> 非本澳居民、來賓 (NÃO RESIDENTE, DE)	
職業 / 工作 PROFESSION / OCCUPATION		本工作地點 LOCAL DE TRABALHO	
* 住址 (RESIDÊNCIA)		* 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	
住院 HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> 否 (NÃO) <input type="checkbox"/> 是 (SIM)		醫院及床號 HOSPITAL e Nº DA CAMA	
嚴重併發症 COMPLICAÇÃO GRAVE <input type="checkbox"/> 無 (NÃO) <input type="checkbox"/> 有 (SIM)		請注明 (INDICAR)	
死亡 FALLEceu? <input type="checkbox"/> 否 (NÃO) <input type="checkbox"/> 是 (SIM)		死亡日期 DATA DE FALECIMENTO	
其他相關病例 HOUVE MAIS CASOS? <input type="checkbox"/> 無 (NÃO) <input type="checkbox"/> 有 (SIM)		何人 / 何處 / 數量? QUEM / ONDE / QUANTOS?	
感染地點 LOCAL DE INFECÇÃO		旅行史 (城市、到達和離開的日期) HISTÓRIA DE VIAGENS RECENTES (CIDADE, DATA DE CHEGADA E PARTIDA)	
* 病例分類 (CLASSIFICAÇÃO) <input type="checkbox"/> 懷疑 (SUSPEITO) <input type="checkbox"/> 極可能 (PROBABIL) <input type="checkbox"/> 確診 (CONFIRMADO)			
* 診斷依據 (CRITÉRIOS DO DIAGNÓSTICO) <input type="checkbox"/> 臨床、血清學、細菌檢驗 (CLÍNICO, SÉRICO, BACTERIO) <input type="checkbox"/> 特异性實驗室檢查、請注明 (ESAME LABORATORIAL ESPECÍFICO, INDICAR)			
* 備註 (包括可能的傳染源、暴露史、危險行為等) (OBSERVAÇÕES: FONTE, PROVAVEL DA INFECÇÃO, EXPOSIÇÃO, COMPORTAMENTO DE RISCO)			
_____ _____			
申報醫生 MÉDICO			
姓名 (字跡清晰可辨) NOME (letra legível)		醫生局登記編號 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 TELEMOVEL OU PNM	
申報日期 DATA DA DECLARAÇÃO		簽名 ASSINATURA	
<small>衛生局格式 100 Nº. Mod. 100</small>			
<small>A4 規格印件 2007年5月 84 Reg. Mai.2007</small>			

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

T

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

保密
CONFIDENCIAL

衛生局 疾病預防控制中心

Centro de Prevenção e Controlo de Doenças
Serviços de Saúde

電話 Tel 28533525 傳真 Fax 28533524

須強制以個案申報的疾病簡表

Tabela de Doenças de Declaração Singular Obrigatória

根據第 15 / 2008 號行政法規

Nos termos do Regulamento Administrativo n.º /2007

霍亂 ¹⁾ Cólera ¹⁾	百日咳 Tosse convulsa (coqueluche)	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 tifoide, febres paratifoideas e outras salmoneloses	猩紅熱 Escarlatina	水痘 Varicela
志賀菌病 (包括細菌性痢疾) Shigellosis (inclui a disenteria bacilar)	腦膜炎球菌感染 (有或無腦膜炎) Infecção meningocócica (com ou sem meningite)	麻疹 Sarampo
由腸出血性大腸埃希氏菌引起的感染 Infecção por E. coli enterohemorrágica	軍團菌病 (軍團病) Legionelose (doença dos legionários)	德國麻疹 (風疹), 包括先天性德國麻疹 Rubéola, incluída a síndrome da rubéola congénita
細菌性食物中毒 Intoxicação alimentar bacteriana	梅毒 (所有種類) Sífilis (todos os tipos)	腸病毒感冒 Infecções pelo enterovírus
阿米巴病 Amebíase	淋球菌感染 Infecções gonocócicas	病毒性肝炎 Hepatite viral
輪狀病毒性腸炎 Enterite por rotavírus	肛門生殖器疱疹 Herpes anogenitalis	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	斑疹傷寒 (包括恙蟲病) Tifo exantemático (inclui a doença de rickettsioses)	流行性腮腺炎 Parotidite (paperas)
結核病 Tuberculose	急性脊髓灰質炎 ¹⁾ Poliomielite aguda ¹⁾	急性流行性出血性結膜炎 Conjuntivite hemorrágica aguda endémica
鼠疫 ¹⁾ Peste ¹⁾	克魯茲菲爾-雅各病 (急性性海绵狀腦病) Doença de Creutzfeldt-Jakob (Encefalopatia espongiiforme subaguda)	瘧疾 Malaria
炭疽 ¹⁾ Antra ¹⁾	狂犬病 ¹⁾ Rabia ¹⁾	嚴重急性呼吸道綜合徵 ¹⁾ Síndrome respiratória aguda severa ¹⁾
海綿樣變性病 Leptospiriose	日本腦炎及其他中樞神經系統病毒性感染 Encefalite japonesa e outras infecções virais do sistema nervoso central	流行性感冒 Influenza
麻風 Lepa	登革熱 Dengue	流感嗜血桿菌腦膜炎 Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>
破傷風 Tétano	黃熱病 ¹⁾ Febre amarela ¹⁾	
白喉 Difteria	埃波拉病毒病 ¹⁾ Doença pelo vírus Ebola ¹⁾	

1) 須於知悉後 1 小時內申報的疾病 Doença sujeita a declaração no prazo de uma hora após o seu conhecimento

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

T

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 RESPOTA
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

須強制以個案申報的疾病簡表

Tabela de Doenças de Declaração Singular Obrigatória

根據第15 / 2008號行政法規

Nos termos do Regulamento Administrativo n.º /2007

霍亂¹⁾
Cólera D)

百日咳
Tosse convulsa (coqueluche)

流行性出血熱（漢坦病毒病）
Febre hemorrágica endémica (doença pelo vírus Hantaan)



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
 MODELO 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 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 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
 OUTRO DOC. DO Nº DE 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 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

** ESCOLA _____

** ANO _____

** 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 _____ 年 Ano _____ 月 Mês _____ 日 Dia

簽名
ASSINATURA _____



合作

- 醫療機構及其屬下的醫務人員應與衛生局合作，及時、準確、充分地提供傳染病資料和**檢測樣本**，以確保澳門特別行政區的傳染病狀況得到持續有效的監測。





保密

- 所有接觸申報資料和參與申報過程的人員應確保申報文件的**安全**和**保密**，並不得向任何人泄露其所知悉的申報內容
- 法律另有規定者除外。



行政處罰

- 衛生局應採取有效措施，保障和監督傳染病強制申報機制的實行
 - 衛生局有權對違反本行政法規和有關技術指引的醫療機構或醫務人員作出罰款的行政處罰。
 - 行政處罰不排除其他可能的紀律責任
- 
- 

罰款

違法	一般	引起他人健康嚴重受損或死亡者	一年內重犯
未在下述疾病具備申報條件後一小時內作出申報： <ul style="list-style-type: none">● 霍亂、鼠疫、黃熱病、埃波拉病毒病、嚴重急性呼吸道綜合徵、炭疽、急性脊髓灰質炎和狂犬病；● 緊急爆發或流行的其他傳染病。	1,000-4,000元	8,000-20,000元	罰款的最低限額提高四分之一，最高限額不變
未在下述疾病具備申報條件後二十四小時內作出申報： <ul style="list-style-type: none">● 附件中的其他傳染病。	500-1,000元	同上	同上
群案申報期間 <ul style="list-style-type: none">● 由衛生局以技術指引訂定	500-1,000元	同上	同上



公佈日期：
2008年6月30日



生效日期：
公佈日起三十日後生效
- 2008年7月31日。

