

根據二零一七年一月四日第一期《澳門特別行政區公報》第二組內刊登之通告及按照三月十五日第8/99/M號法令規定而進行之婦產科專科同等學歷認可考試。該評核成績已於二零一七年一月二十七日獲社會文化司司長確認，現公佈如下：

1. 合格投考人:	分
1.º 黃艷慶.....	14.5
2.º 麥德蕾.....	13.2
2. 被淘汰的投考人:	分
鄧文.....	2.7 (不合格) a)

被淘汰的原因：

a) 履歷考試成績低於9.5分。

二零一七年二月七日於衛生局

局長 李展潤

(是項刊登費用為 \$852.00)

公告

為填補經由衛生局以行政任用合同任用的技術員職程第一職階特級技術員兩缺，現根據第14/2009號法律《公務人員職程制度》及第14/2016號行政法規《公務人員的招聘、甄選及晉級培訓》的規定，以審查文件方式進行限制性晉級開考，有關開考通告正張貼在仁伯爵綜合醫院地下（R/C）衛生局人事處，並於本局和行政公職局網頁內公佈。報考應自有關公告於《澳門特別行政區公報》公佈後第一個辦公日起計十天內作出。

二零一七年二月九日於衛生局

局長 李展潤

(是項刊登費用為 \$852.00)

通告

第05/SS/2017號批示

衛生局局長根據第5/2016號法律《醫療事故法律制度》第八條第四款的規定，訂定如下指引。

一、核准附於本批示及作為本批示組成部分的附件一至附件九的《病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引》。

De classificação final da prova de avaliação para o reconhecimento de equivalência de formação total em obstetrícia e ginecologia — ao abrigo do Decreto-Lei n.º 8/99/M, de 15 de Março, realizado nos termos do aviso publicado no *Boletim Oficial* da Região Administrativa Especial de Macau n.º 1, II Série, de 4 de Janeiro de 2017, homologada pelo Ex.º Senhor Secretário para os Assuntos Sociais e Cultura, em 27 de Janeiro de 2017:

1. Candidatos aprovados:	valores
1.º Wong Im Heng.....	14,5
2.º Mac Tak Loi.....	13,2

2. Candidato excluído:	valores
Tang Man.....	2,7 (reprovado) a)

Motivo de exclusão:

a) Por ter obtido classificação inferior a 9,5 valores na classificação da prova curricular.

Serviços de Saúde, aos 7 de Fevereiro de 2017.

O Director dos Serviços, *Lei Chin Ion*.

(Custo desta publicação \$ 852,00)

Anúncio

Torna-se público que se encontra afixado, na Divisão de Pessoal dos Serviços de Saúde, sita no r/c do Centro Hospitalar Conde de São Januário, e publicado nos *websites* destes Serviços e da Direcção dos Serviços de Administração e Função Pública, o aviso referente à abertura do concurso de acesso, documental, condicionado aos trabalhadores dos Serviços de Saúde, nos termos definidos na Lei n.º 14/2009 (Regime das carreiras dos trabalhadores dos serviços públicos) e no Regulamento Administrativo n.º 14/2016 (Recrutamento, selecção e formação para efeitos de acesso dos trabalhadores dos serviços públicos), para o preenchimento de dois lugares de técnico especialista, 1.º escalão, da carreira de técnico, providos em regime de contrato administrativo de provimento dos Serviços de Saúde, com dez dias de prazo para a apresentação de candidaturas, a contar do primeiro dia útil imediato ao da publicação do presente anúncio no *Boletim Oficial* da Região Administrativa Especial de Macau.

Serviços de Saúde, aos 9 de Fevereiro de 2017.

O Director dos Serviços, *Lei Chin Ion*.

(Custo desta publicação \$ 852,00)

Avisos

Despacho n.º 05/SS/2017

Usando da faculdade conferida pelo n.º 4 do artigo 8.º da Lei n.º 5/2016 (Regime jurídico do erro médico), o director dos Serviços de Saúde determina:

1. São aprovadas as «Instruções sobre os procedimentos de registo, gestão, conservação e eliminação do processo clínico», constantes dos anexos I a IX ao presente despacho, que dele fazem parte integrante.

二、本指引適用於所有有關在本澳公共或私人醫療領域從事的預防、診斷、治療及康復活動的病歷的建立、使用、管理、保存及銷毀。

三、為適用本批示，病歷是指醫療服務提供者在作出醫療行為過程中，按各自的專業範疇以電子化或其他方式記錄的一切與就診者有關的資料，尤其是門診及急診紀錄、住院紀錄、檢驗報告、醫學影像檢查資料、特殊檢查同意書、手術同意書、手術及麻醉紀錄、病理資料及護理紀錄。

四、醫療服務提供者有義務制訂對良好執行本批示的配套規則。

五、所有參與病歷的建立、使用、管理、保存及銷毀程序者，須對因執行職務而查閱的個人資料遵守保密義務，不可將該等資料披露或用於有別於適用本批示的用途，即使在終止職務後亦然。

六、在適用本批示時，尤其是涉及處理及保護個人資料方面，須遵守第5/2016號法律《醫療事故法律制度》及第8/2005號法律《個人資料保護法》規定的制度。

七、因適用本指引而產生的疑問，由衛生局局長以批示解決。

八、本批示自二零一七年二月二十六日起生效。

二零一七年二月七日於衛生局

局長 李展潤

2. As presentes instruções são aplicáveis à criação, utilização, gestão, conservação e eliminação de todos os processos clínicos relacionados com as actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação na área da saúde no sector público ou privado.

3. Para efeitos do presente despacho, entende-se por processo clínico o conjunto de informações relativas aos utentes, registadas durante a prática de actos médicos pelos prestadores de cuidados de saúde, no âmbito da sua especialidade, por meios electrónicos ou por qualquer outra forma, nomeadamente os registos de consultas externas e em serviços de urgência, os registos de internamento hospitalar, os relatórios de exames médicos, os elementos relativos a exames imagiológicos, os termos de consentimento para exames específicos ou para intervenção cirúrgica, os registos de cirurgia e de anestesia, os elementos patológicos e os registos de enfermagem.

4. Os prestadores de cuidados de saúde ficam obrigados a elaborar as regulamentações complementares necessárias à boa execução deste despacho.

5. Todos aqueles que intervenham no procedimento de criação, utilização, gestão, conservação e eliminação de processos clínicos devem cumprir o dever de sigilo profissional em relação aos dados pessoais a que tenham acesso no exercício das suas funções, não podendo revelá-los ou utilizá-los para fins alheios à aplicação deste despacho, mesmo após o termo de funções.

6. A aplicação do presente despacho, nomeadamente no que respeita ao tratamento e protecção de dados pessoais, segue o regime previsto na Lei n.º 5/2016 (Regime jurídico do erro médico) e na Lei n.º 8/2005 (Lei da protecção dos dados pessoais).

7. As dúvidas resultantes da aplicação destas instruções são resolvidas por despacho do director dos Serviços de Saúde.

8. O presente despacho entra em vigor no dia 26 de Fevereiro de 2017.

Serviços de Saúde, aos 7 de Fevereiro de 2017.

O Director dos Serviços, *Lei Chin Ion*.

附件一

病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引

1. 基本規定

1.1. 健康資料

1.1.1. 健康資料，包括所記錄的臨床資料、化驗及其他輔助檢查的結果、手術及診斷等資料屬就診者所有，醫療服務提供者為有關資料的保存者，其不可將資料用於有別於提供醫療服務、健康研究及其他由法律訂定的用途。

1.1.2. 健康資料的當事人有權知悉與其有關的整個病歷的內

ANEXO I

Instruções sobre os procedimentos de registo, gestão, conservação e eliminação do processo clínico

1. Disposições fundamentais

1.1. Informação de saúde

1.1.1. A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames complementares, intervenções e diagnósticos pertencem ao utente, sendo os prestadores de cuidados de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação, em saúde e outros estabelecidos pela lei.

1.1.2. O titular da informação de saúde tem o direito de tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga

容，除了經適當說明理由的例外情況，以及明確顯示有可能對其造成損害除外。

1.1.3. 健康資料由資料當事人、經其同意的第三人或第 5/2016 號法律第六條第一款所指的親屬查閱，又或在無該規定所指的親屬時，由檢察院查閱；查閱得由有關人士直接查閱或在申請人要求時，由所選擇的醫生查閱。

1.2. 健康資料的處理

1.2.1. 負責處理健康資料者須採取適當的保密措施，以確保設施及設備的安全、查閱資料的限制，以及加強所有專業人員的保密義務及道德教育。

1.2.2. 醫療服務提供者須防止第三人不當地查閱病歷及載有健康資料的資訊系統，包括相關備份，並確保適當的保安級別及遵守規範個人資料保護的法例的規定，尤其是避免資料的意外或不法損壞、未經許可的更改、傳播或查閱，又或任何其他方式的不法處理。

1.2.3. 醫療服務提供者為醫學上的預防、診斷、醫療護理、治療或衛生部門管理所必需，方可使用健康資料，並須由負有保密義務的醫療人員或其他同樣受職業保密義務約束的人使用。

1.2.4. 為研究的目的，可查閱健康資料，但必須隱匿資料當事人姓名。

1.2.5. 整理健康資料的系統須確保將健康資料與其餘個人資料分開處理，尤其是透過訂立不同的查閱級別。

1.2.6. 資料系統的管理須確保健康資料及相關備份的常規性處理的保密性。

2. 病歷

2.1. 共同規定

在病歷中記錄的健康資料應確保：

- (1) 當收集資料，須告知就診者收集資料的目的及用途；
- (2) 資料的記錄須客觀、準確、及時、清晰及完整，避免不必要或累贅的表述；
- (3) 病歷的每一頁須至少載有就診者姓名、身份證明文件或醫療卡的編號；

respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial.

1.1.3. O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, de terceiros com o seu consentimento, de familiares previstos no n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 5/2016 ou, na falta dos familiares ali previstos, do Ministério Público, é efectuado directamente ou por intermédio de médico caso o requerente o solicite.

1.2. Tratamento da Informação de Saúde

1.2.1. Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à protecção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.

1.2.2. Os prestadores de cuidados de saúde devem impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos e aos sistemas informáticos que contenham informação de saúde, incluindo as respectivas cópias de segurança, assegurando os níveis de segurança apropriados e cumprindo as exigências estabelecidas pela legislação que regula a protecção de dados pessoais, nomeadamente para evitar a sua destruição, acidental ou ilícita, a alteração, difusão ou acesso não autorizado ou qualquer outra forma de tratamento ilícito da informação.

1.2.3. A informação de saúde só pode ser utilizada pelos prestadores de cuidados de saúde para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde, desde que essa utilização seja efectuada por profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a sigilo profissional.

1.2.4. O acesso à informação de saúde pode, desde que anonimizada, ser facultado para fins de investigação.

1.2.5. A gestão dos sistemas que organizam a informação de saúde deve garantir a separação entre a informação de saúde e a restante informação pessoal, designadamente através da definição de diversos níveis de acesso.

1.2.6. A gestão dos sistemas de informação deve garantir a confidencialidade no processamento regular de informação de saúde e das respectivas cópias de segurança.

2. Processo clínico

2.1. Disposições comuns

No registo da informação de saúde no processo clínico deve assegurar-se que:

- (1) Aquando da recolha da informação, o utente é informado do objectivo e da finalidade da recolha;
- (2) O registo é elaborado com informações objectivas, precisas, oportunas, claras e completas, devendo evitar-se a inserção de menções supérfluas ou redundantes;
- (3) Cada página do processo clínico contém, pelo menos, o nome do utente, o número de documento de identificação ou de cartão do utente;

(4) 紀錄須以澳門特別行政區任一正式語文書寫，亦可以英文書寫；

(5) 記錄日期時須使用阿拉伯數字表示，而時間則採用00至24小時制表示，時間應具體記錄至分鐘；

(6) 避免使用縮寫；然而，如必須使用，則可使用醫學上通用及意思明確的縮寫；

(7) 書寫及列印健康資料所使用的材料須為黑色、不能被修改及須耐久；

(8) 在任何情況下均禁止使用能使記錄痕跡消失的材料；

(9) 記錄須以易讀字體手寫，亦可資訊化處理；

(10) 刪除已書寫的字句須以劃線刪除有關字句的方式作出，以便被刪除的有關字句仍可見，並須載有刪除者的簽名，以及修改的日期及時間；

(11) 記錄不可留白、不可插入任何字句，亦不可預先書寫；

(12) 在病歷中所有簽名必須清楚、可辨；

(13) 所有記錄必須載有相應醫療人員的簽名；

(14) 為確保病歷的時序性及完整性，須每頁排序及編號；

(15) 如因情況緊急而未能及時在病歷記錄健康資料，須在該緊急情況結束後二十四小時內完成記錄。

2.2. 門診及急診病歷

2.2.1. 門診及急診病歷包括門診及急診的各種紀錄，以及進行了的輔助檢查的報告；

2.2.2. 門診病歷可分為初診紀錄及覆診紀錄；

2.2.3. 急診病歷可分為急診紀錄及急診留觀紀錄；

2.2.4. 門診及急診病歷須由主診醫生在應診時記錄及簽署。

2.2.5. 醫療服務提供者採用的門診及急診病歷，須至少載有作為本批示組成部分的附件二所指的資料內容。

(4) O registo é escrito numa das línguas oficiais da RAEM, podendo, no entanto, ser escrito em língua inglesa;

(5) No registo da data seja utilizado o sistema de numeração árabe e para as horas o sistema das 00 às 24 horas, devendo ser no registo para as horas especificados os minutos;

(6) Seja evitada a utilização de abreviaturas; no entanto, quando indispensável podem ser utilizadas abreviaturas que tenham uso generalizado na ciência médica e de significado inequívoco;

(7) Os materiais utilizados na composição e na impressão da informação de saúde são de cor preta, conferindo inalterabilidade e duração ao registo;

(8) É expressamente proibida, em quaisquer circunstâncias, a utilização de materiais obliterantes da escrita;

(9) O registo é manuscrito com grafia de fácil leitura, podendo ser processado informaticamente;

(10) A eliminação das palavras escritas é feita por meio de traços que as cortem, de tal forma que permaneçam legíveis, devendo constar a assinatura do responsável pela eliminação, bem como o dia e a hora em que tal alteração foi efectuada;

(11) O registo é lavrado sem espaços em branco, sem a inserção de quaisquer palavras escritas, não podendo ser elaborado previamente;

(12) Todas as assinaturas no processo clínico são claras e legíveis;

(13) Em todos os registos consta a assinatura do respectivo profissional de saúde;

(14) A ordem cronológica e a integridade do processo clínico, sendo ordenada e numerada cada página;

(15) Em casos de urgência em que não seja possível o registo imediato da informação de saúde no processo clínico, o mesmo é efectuado num prazo de 24 horas após a ocorrência da situação urgente.

2.2. Processo clínico de consulta externa e de serviço de urgência

2.2.1. O processo clínico de consulta externa e de serviço de urgência inclui todos os registos realizados em consultas externas, em serviço de urgência e os relatórios de exames complementares realizados.

2.2.2. Em consulta externa pode haver registo de primeira consulta e de consulta de seguimento.

2.2.3. Em serviço de urgência pode haver registo de urgência e de observação.

2.2.4. O processo clínico de consulta externa e de serviço de urgência é registado e assinado pelo médico assistente durante o processo de atendimento ao utente.

2.2.5. O processo clínico de consulta externa e de serviço de urgência adoptado pelos prestadores de cuidados de saúde deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo II ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.3. 住院病歷

2.3.1. 住院病歷須包括入院首診紀錄、入院紀錄、病程紀錄、轉科紀錄及出院紀錄，須至少載有作為本批示組成部分的附件三所指的資料內容。

2.3.2. 入院首診紀錄是在就診者入院時由主診治醫生書寫。

2.3.3. 入院紀錄是在就診者入院後，由主診醫生通過問診、身體檢查、輔助檢查獲得的，經適當整理、分析及歸納的相關資料書寫而成，須於就診者入院後二十四小時內完成。

2.3.4. 病程紀錄是繼入院紀錄後，對就診者病情及診療過程所進行的連續性記錄，須於每次換班或病情變化時作出。

2.3.5. 轉科紀錄是就診者需轉科時，分別由轉出科室及轉入科室的醫生書寫而成，並須於就診者轉入科室時完成。

2.3.6. 出院紀錄是主診醫生對就診者此次住院期間診療情況的作出的記錄，須於出院時完成。

2.4. 輔助檢查

2.4.1. 輔助檢查尤其包括實驗室檢查、影像學檢查及病理檢查的報告及資料。

2.4.2. 輔助檢查的報告須由負責撰寫該報告的醫療人員簽署，而報告則作為病歷的組成部分。

2.4.3. 輔助檢查的申請及報告至少須載有作為本批示組成部分的附件四所指的資料內容。

2.5. 同意書

2.5.1. 同意的概念由兩個基本元素組成，分別是理解及自主的同意；當這兩個概念一併為就診者所承擔時，則作為任何以自行承擔責任及自由選擇為前提的決定的保證。

(1) 理解包括臨床狀況或不同的治療的可能性的告知及認知，原則上涉及提供關於診斷、預後、治療及相關風險的適當資訊，包括任何不進行治療的後果；

(2) 用以支持理解的告知，必須以就診者理解的語言為之，

2.3. Processo clínico de internamento hospitalar

2.3.1. O processo clínico de internamento hospitalar inclui, o registo da primeira consulta de internamento, o registo de admissão hospitalar, o registo da evolução clínica, o registo de transferência de especialidade e o registo de alta hospitalar, devendo conter, pelo menos, as informações constantes do anexo III ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.3.2. O registo da primeira consulta de internamento é elaborado pelo médico assistente no momento da admissão hospitalar do utente.

2.3.3. O registo de admissão hospitalar é elaborado pelo médico assistente com base nas informações devidamente organizadas, analisadas e resumidas, provenientes de questionário, exame físico, exames complementares realizados depois da admissão hospitalar do utente, devendo estar concluído no prazo máximo de 24 horas após a admissão do utente.

2.3.4. O registo da evolução clínica é o registo contínuo da evolução clínica do utente e do percurso de diagnóstico e terapêutica realizado depois de efectuada a admissão hospitalar, devendo ser efectuados registos em cada troca de turno ou alteração da situação clínica do utente.

2.3.5. O registo de transferência de especialidade é o registo elaborado pelo médico assistente de onde o utente sai e do serviço de acção médica para onde é transferido no momento da sua entrada neste último serviço.

2.3.6. O registo de alta hospitalar é o registo efectuado pelo médico assistente sobre o diagnóstico e a terapêutica realizada pelo utente durante o período de internamento, devendo ser elaborado no momento da alta hospitalar.

2.4. Exames complementares

2.4.1. Os exames complementares incluem, designadamente, os relatórios e informações de exames laboratoriais, imagiológicos e patológicos.

2.4.2. O relatório do exame complementar devidamente assinado pelo profissional de saúde responsável pela elaboração do mesmo é parte integrante do processo clínico.

2.4.3. A requisição e o relatório dos exames complementares deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo IV ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.5. Termo de consentimento

2.5.1. O conceito de consentimento é composto por dois elementos fundamentais, a compreensão e o livre consentimento; conjuntamente, estes dois conceitos, quando assumidos pelo utente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e de liberdade de escolha.

(1) A compreensão inclui a informação e o conhecimento quer da situação clínica, quer das diferentes possibilidades terapêuticas e implica, em regra, o fornecimento de informação adequada sobre o diagnóstico, prognóstico e as terapêuticas possíveis com os riscos inerentes, incluindo os efeitos da não realização de qualquer terapêutica;

(2) A informação que sustenta a compreensão deve ser fornecida numa linguagem compreensível pelo utente, qualquer

不論其文化水平為何，包括那些有語言及認知局限性的人士。理解，如上所定義，是確保存在同意的自由的基本要件；

(3) 自主的同意是一個自主及自願的行為，藉此許可某人——在這種情況下是醫療服務提供者單獨或以機構的名義——在治療期間以某種方式行事。在醫療實踐的情況下，由一個人的自由意志，許可對其生命及/或生活品質進行有潛在影響的醫療干預的行為；

(4) 自主同意以自由為前提，與第三人的脅迫及壓力不相容，涉及對不同選項之間進行選擇。

2.5.2. 醫療服務提供者可根據檢查及治療的風險程度制定必需及不需簽署同意書的項目表。

2.5.3. 就診者的同意可予廢止，且不取決於任何手續。放棄廢止的權利均屬無效。就診者可在任何時刻改變其決定，但須具能力作出改變。同意可在任何時刻廢止，亦不會引致對任何治療程序的參與者負有損害賠償的義務。

2.5.4. 同意書須在進行檢查、治療程序或手術前，由就診者或其法定代理人與負責的醫療人員簽署，亦可要求一名見證人簽署；親屬可按以下順序作為見證人：

- (1) 配偶或直系血親卑親屬；
- (2) 直系血親尊親屬；
- (3) 有事實婚關係的人；
- (4) 兄弟姊妹；
- (5) 四等親內的其他旁系血親。

2.5.5. 如無任何第2.5.4.項所指的親屬，則醫療服務提供者的員工可作為見證人。

2.5.6. 簽署的同意書僅對該次所指的檢查或治療措施有效。

2.5.7. 在緊急情況下，如未能及時取得就診者或其法定代理人的同意，而且延遲手術會對就診者生命造成危險，或令就診者的健康情況惡化，醫療人員須提供適當及即時所需的治療，以拯救就診者的生命或避免其健康受到嚴重損害，除非醫療人員確信就診者決不願接受治療。一旦可能時，須告知就診者其所接受了的手術，並須取得其接受後續護理及治療的同意。

que seja o seu nível cultural, incluindo por aqueles que tenham limitações linguísticas ou de natureza cognitiva. A compreensão, tal como definida atrás, é um requisito fundamental para assegurar que existe liberdade no consentimento;

(3) O livre consentimento é um acto intencional e voluntário que autoriza alguém, no caso em apreço o prestador dos cuidados de saúde, quer a título individual quer institucional, a agir de determinada forma no decorrer do acto terapêutico. No contexto da prática médica, é o acto pelo qual um indivíduo, de livre vontade, autoriza uma intervenção médica com potencial efeito na sua vida e/ou qualidade de vida;

(4) A liberdade pressuposta no livre consentimento é incompatível com a coacção e a pressão de terceiros, e envolve a escolha entre diferentes opções.

2.5.2. O prestador de cuidados de saúde pode elaborar uma lista com os exames e terapêuticas que careçam e não careçam de consentimento em função do seu grau de risco.

2.5.3. O consentimento do utente é revogável sem sujeição a qualquer formalidade. A renúncia ao direito de revogar deve ser sancionada com a nulidade. Os utentes podem mudar a sua decisão a qualquer momento, desde que ainda tenham capacidade para o fazer. O consentimento é revogável a todo o tempo e não acarreta qualquer dever de indemnização para qualquer interveniente no processo terapêutico.

2.5.4. O termo de consentimento é assinado pelo utente ou o seu representante legal e pelo profissional de saúde responsável, podendo ainda ser solicitada a assinatura de uma testemunha, antes da realização do exame, do processo terapêutico ou da intervenção cirúrgica; podem ser testemunhas a seguinte ordem sucessiva de familiares:

- (1) Cônjuge ou descendentes;
- (2) Ascendentes;
- (3) Unido de facto;
- (4) Irmãos;
- (5) Outros colaterais até ao quarto grau.

2.5.5. Na falta de qualquer dos familiares previstos em 2.5.4. pode ser testemunha um funcionário do prestador de cuidados de saúde.

2.5.6. O termo de consentimento assinado é válido, exclusivamente, para o exame ou a medida terapêutica a realizar.

2.5.7. Em situações de urgência em que não seja possível, em tempo útil, obter o consentimento do utente ou dos seus representantes legais e quando a demora na intervenção ponha em perigo a vida ou leve a um agravamento do estado de saúde do utente, os profissionais de saúde devem prestar os tratamentos adequados e que sejam imediatamente necessários para salvar a vida ou evitar uma grave deterioração da saúde do utente, a não ser que o profissional de saúde se convença de que o utente não quer, de modo nenhum, ser tratado. Logo que possível, o utente deve ser informado acerca das intervenções levadas a cabo e deve ser pedido consentimento para ulteriores cuidados e tratamentos.

2.5.8. 同意書須至少載有作為本批示組成部分的附件五所指的資料內容。

2.6. 圍手術紀錄

2.6.1. 圍手術紀錄包括術前評估小結、手術安全核查紀錄、手術清點紀錄、手術紀錄、術後病情紀錄及麻醉紀錄。

2.6.2. 術前評估小結是由手術醫生在手術前因應就診者的病情而作出，包括手術指徵、手術方案、可能出現的意外及防範措施，以及有關就診者的術前觀察的資料；術前評估小結須於手術前完成。

2.6.3. 手術安全核查紀錄是指由手術醫生、麻醉醫生及護士，分別在麻醉實施前、手術開始前及就診者離室前，對一系列健康資料進行的核對及確認，並須透過以下紀錄為之：

(1) 麻醉實施前核查紀錄 (*Sign in*) 由麻醉醫生及護士進行核對、確認及簽署；

(2) 手術開始前核查紀錄 (*Time out*) 由手術醫生、麻醉醫生及護士進行核對、確認及簽署；

(3) 病人離室前核查紀錄 (*Sign out*) 由手術醫生、麻醉醫生及護士進行核對、確認及簽署。

2.6.4. 手術清點紀錄是指護士對手術使用的一切器械及物料進行核對及確認的紀錄，並於下列時刻進行：

(1) 手術開始前；

(2) 術中補充其他手術開始前沒有提及的器械或物料；

(3) 更換護理人員時；

(4) 關閉傷口及體腔前；

(5) 手術完成前。

2.6.5. 手術紀錄是由手術醫生書寫，記錄有關手術整體情況及過程的健康資料，以及術中出現的各種情況及處理；紀錄須在手術後立即書寫，並在二十四小時內完成。

2.6.6. 術後病情紀錄是指手術醫生在手術後即時完成的病情紀錄。

2.6.7. 麻醉紀錄是對於整個麻醉程序的評估，包括所採取的處理措施的紀錄，須由麻醉醫生書寫，並於下列時刻進行：

(1) 麻醉術前訪視紀錄是指麻醉醫生對就診者擬實施的麻醉進行風險評估的記錄，在麻醉實施前進行；

2.5.8. O termo de consentimento deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo V ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.6. Registo perioperatório

2.6.1. O registo perioperatório inclui o resumo da avaliação pré-operatória, o registo de verificação de segurança cirúrgica, o registo da contagem cirúrgica, o registo da cirurgia, o registo da situação pós-operatória e o registo da anestesia.

2.6.2. O resumo da avaliação pré-operatória é efectuado antes da realização da cirurgia pelo cirurgião, em função da situação clínica do utente, e inclui indicações de cirurgia, o plano da cirurgia, eventuais incidentes e respectivas medidas de prevenção, bem como informações relativas à observação pré-operatória do utente, devendo ser concluído antes da cirurgia.

2.6.3. O registo de verificação de segurança cirúrgica implica a verificação e a confirmação de um conjunto de informações de saúde a efectuar por cirurgião, anestesista e enfermeiro responsáveis pela intervenção antes da indução da anestesia, da incisão cirúrgica e da saída do bloco operatório, através dos seguintes registos:

(1) Registo antes da indução da anestesia (*Sign in*), verificado, confirmado e devidamente assinado por anestesista e enfermeiro;

(2) Registo antes da incisão cirúrgica (*Time out*), verificado, confirmado e assinado por cirurgião, anestesista e enfermeiro;

(3) Registo antes do utente sair do bloco operatório (*Sign out*), verificado, confirmado e assinado por cirurgião, anestesista e enfermeiro.

2.6.4. O registo da contagem cirúrgica implica a verificação e a confirmação por enfermeiro de todos os instrumentos e material cirúrgico utilizados durante a cirurgia nos seguintes momentos:

(1) Antes da cirurgia;

(2) Aquando do aditamento de outro tipo de instrumentos ou material não referenciado inicialmente;

(3) Substituição do pessoal de enfermagem;

(4) Antes do fechamento da ferida e da cavidade corporal;

(5) Antes da conclusão da cirurgia.

2.6.5. O registo da cirurgia é assegurado por cirurgião e implica o registo de informações de saúde relativas à situação geral e ao decurso da cirurgia, bem como as diversas ocorrências e tratamentos intra-operatórios; este registo deve ser efectuado logo após a conclusão da cirurgia no prazo máximo de 24 horas.

2.6.6. O registo da situação pós-operatória é o registo da situação clínica elaborado por cirurgião ou cirurgiões responsáveis logo após a cirurgia.

2.6.7. O registo de anestesia é o registo da avaliação de todo o procedimento anestésico que abrange as medidas de tratamento adoptadas, devendo ser elaborado por anestesista nos momentos seguintes:

(1) O registo de visita pré-anestésica é o registo do risco avaliado pelo anestesista sobre a anestesia a ser administrada no utente, antes da administração da anestesia;

(2) 麻醉實施紀錄是指對麻醉經過及處理措施的記錄，應在麻醉實施過程中進行；

(3) 麻醉術後訪視紀錄是指麻醉實施後，對就診者麻醉術後恢復情況進行訪視的記錄，應在麻醉實施後進行。

2.6.8. 圍手術紀錄須至少載有作為本批示組成部分的附件六所指的資料內容。

2.7. 護理紀錄

2.7.1. 護理紀錄是指記錄有關就診者所需的護理的事實的行為，作為提供護理服務的指引，不單應載有護理的評估，亦須包括護理的措施及護理行為的結果。

2.7.2. 護理紀錄包括護理評估紀錄、護理計劃、措施執行及評價，以及出院護理摘要。

2.7.3. 護理評估紀錄是對經收集資料而確定的就診者現存及潛在健康問題作出的記錄，由基礎評估及系統性評估組成。

2.7.4. 基礎評估應於入院或轉科一小時內完成，系統性評估應在二十四小時內完成。

2.7.5. 護理計劃是指根據所確定的健康問題，為就診者擬定的一系列個體化的護理措施；護理計劃應在入院或轉科的二十四小時內完成，並應根據評價的結果作出修正。

2.7.6. 措施執行及評價應在實施後即時予以記錄。

2.7.7. 出院護理摘要是指於出院後需要居家或機構持續照護的就診者的護理資訊摘要記錄，應在出院前完成。

2.7.8. 護理紀錄須至少載有作為本批示組成部分的附件七所指的資料內容。

2.8. 處方及醫囑

2.8.1. 處方是指醫生在醫療活動中開立的藥物清單；醫囑是指醫生下達的指令，可包括處方。

2.8.2. 處方及醫囑是門診、急診及住院紀錄的重要組成部分。

2.8.3. 所有處方及醫囑須載有就診者的姓名及身份資料，這些資料須按照醫療服務提供者核准的式樣印刷或書寫。

(2) O registo de administração da anestesia é o registo do processo de anestesia e das medidas de tratamento tomadas, devendo ser elaborado no processo de administração da anestesia;

(3) O registo de visita pós-anestésica é o registo de visita no qual é registada a situação de recuperação pós-anestésica do utente, devendo ser realizado após a administração da anestesia.

2.6.8. O registo perioperatório deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo VI ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.7. Registo de enfermagem

2.7.1. É o acto de colocar factos relativos ao utente que requer cuidados de enfermagem, que serve de guia orientador para a prestação de cuidados, devendo conter não apenas a avaliação de enfermagem mas também as medidas e resultados da acção de enfermagem.

2.7.2. O registo de enfermagem inclui o registo da avaliação de enfermagem, o plano de cuidados de enfermagem, a implementação e verificação de medidas e o resumo das altas de enfermagem.

2.7.3. O registo da avaliação de enfermagem visa o registo de actuais e potenciais problemas de saúde do utente, identificados através da recolha de informações, sendo composta pela avaliação básica e pela avaliação sistemática.

2.7.4. A avaliação básica é efectuada na hora subsequente à admissão ou à transferência e a avaliação sistemática é efectuada no prazo de 24 horas.

2.7.5. O plano de cuidados de enfermagem regista uma série de medidas de enfermagem individualizadas e definidas especificamente para um utente com base nos problemas identificados na sua saúde, devendo ser elaborado no prazo de 24 horas a contar da admissão ou transferência e alterado em conformidade com o resultado da verificação.

2.7.6. A implementação e a verificação das medidas são registadas imediatamente após a sua ocorrência.

2.7.7. O resumo das altas de enfermagem é o registo sumário das informações de enfermagem relativo a utente que carece de cuidados de enfermagem continuados, domiciliários ou institucionais após a alta hospitalar, devendo ser efectuada antes da alta hospitalar.

2.7.8. O registo de enfermagem deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo VII ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.8. Prescrição e ordem médicas

2.8.1. A prescrição médica é a relação de medicamentos elaborada pelo médico no exercício da sua actividade; a ordem médica é a instrução emitida pelo médico e pode incluir a prescrição.

2.8.2. A prescrição e a ordem médicas são parte integrante e fundamental dos registos de consulta externa, dos serviços de urgência e de internamento.

2.8.3. Toda a prescrição e ordem médicas devem conter o nome e a identificação do utente, devendo estas informações ser impressas ou escritas de acordo com o modelo aprovado pelo prestador de cuidados de saúde.

2.8.4. 所有處方書寫須清晰、可閱，盡量避免使用縮寫。

2.8.5. 處方不可塗改；如需更改處方，須先取消原有處方，再開立新處方。

2.8.6. 住院處方及醫囑須按醫療服務提供者發出的指引定期審核，以保持簡明及清晰。

2.8.7. 口頭醫囑僅可在例外的緊急情況下方可採取，在該程序中須遵守下列規則：

(1) 接收者在執行相關醫囑前，須對相關醫囑進行確認，並須將口頭醫囑的內容寫下及向傳達者覆述內容；

(2) 在執行上分項所指程序後，須將口頭醫囑記錄及註明經覆述確認；

(3) 發出口頭醫囑者須於緊接的二十四小時內記錄醫囑的內容，並註明發出醫囑的原因、日期、時間及簽署。

2.8.8. 處方及醫囑的記錄須至少載有作為本批示組成部分的附件八所指的資料內容。

2.9. 搶救紀錄

2.9.1. 搶救紀錄指醫生對就診者在診斷、治療或住院期間，採取搶救措施時作的記錄。

2.9.2. 在搶救結束後須即時記錄，未能及時完成記錄者，須在搶救後24小時內記錄，並在病歷中附註有關情況。

2.9.3. 搶救紀錄須至少載有作為本批示組成部分的附件九所指的資料內容。

3. 記錄的方式及內容

醫療服務提供者可訂定有關病歷用語的書寫方式的準則，但須符合本指引的規定。

4. 病歷的管理

4.1. 病歷的保管

為確保健康資料的完整性、安全性及保密性，醫療服務提供者必須：

(1) 按提供服務的性質建立門診、急診及住院病歷檔案，並負責該等病歷的保存及管理；

2.8.4. A prescrição é escrita de forma clara e legível, evitando-se tanto quanto possível a utilização de abreviaturas.

2.8.5. É expressamente proibida a rasura; quando for necessária a alteração à prescrição esta é cancelada e emitida uma nova.

2.8.6. A prescrição e ordem médicas de internamento são verificadas periodicamente de acordo com instruções emitidas pelo prestador de cuidados de saúde por forma a que sejam concisas e claras.

2.8.7. A ordem médica verbal apenas pode ser utilizada em situações excepcionais de urgência, devendo-se no respectivo procedimento cumprir o seguinte:

(1) Antes de executar a respectiva ordem o receptor procede à sua confirmação escrevendo e repetindo à pessoa que a transmitiu o conteúdo da ordem médica verbal;

(2) Após o cumprimento do procedimento previsto na subalínea anterior é necessário proceder-se ao registo da ordem médica verbal e indicar a respectiva confirmação com a repetição da leitura do que foi transmitido;

(3) O emissor da ordem médica verbal tem de registar o seu conteúdo nas 24 horas seguintes, devendo indicar a causa, data e hora da emissão da ordem e respectiva assinatura.

2.8.8. O registo da prescrição e ordem médicas deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo VIII ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2.9. Registo de reanimação

2.9.1. É o registo efectuado no decurso da implementação de medidas de reanimação pelo médico ao utente durante o período de diagnóstico, tratamento ou internamento hospitalar.

2.9.2. O registo deve ser efectuado de forma imediata após o término da reanimação e, caso não seja possível a sua concretização em tempo, deve o mesmo ser concluído no prazo de 24 horas após o incidente, lavrando-se uma cota no processo clínico sobre esta situação.

2.9.3. O registo de reanimação deve conter, pelo menos, as informações constantes do anexo IX ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

3. Forma e conteúdo do registo

Os prestadores de cuidados de saúde podem estabelecer padrões para a forma escrita das palavras a cumprir na redacção do processo clínico, desde que cumpram as normas previstas nas presentes instruções.

4. Gestão do processo clínico

4.1. Guarda do processo clínico

Para garantia da integridade, segurança e confidencialidade das informações de saúde, os prestadores de cuidados de saúde responsáveis ficam obrigados:

(1) A criar arquivos de processos clínicos de consulta externa, de serviço de urgência e de internamento consoante a natureza dos cuidados prestados, sendo também responsáveis pela conservação e gestão dos respectivos processos;

(2) 採取適當的技術及措施保護病歷，確保設施及設備的安全，並加強相關人員的保密義務；

(3) 履行有關保護載於病歷的健康資料的法定要求，尤其是避免病歷的意外或不法損壞、意外遺失、未經許可的更改、複製、查閱及披露。

4.2. 病歷的保存

4.2.1. 分類

(1) 分類的程序旨在訂定病歷的保存期，並確定病歷須長期保存或銷毀；

(2) 具歷史價值及須長期保存的病歷由擁有病歷的醫療服務提供者提出，並須交由有權限實體進行分類。

4.2.2. 臨時保存

(1) 病歷的臨時保存由所屬醫療服務提供者自記錄最新資料之日起至少保存十年；

(2) 如就診者為未成年人，上分項所指的最低期限，在就診者成年日起算的兩年後才屆滿；

(3) 倘載於病歷的資料被複製，則對正本所定的保存期限適用於複製本。

4.2.3. 長期保存

經分類為須長期保存的病歷不可銷毀，並須由所屬的部門保存。

4.2.4. 移交

將病歷移交至其他部門，須確保健康資料的完整性、真實性、安全性及耐久性。

4.2.5. 銷毀

(1) 病歷於保存期屆滿或於完成法定複製後，可以予以銷毀；

(2) 決定作出銷毀程序須符合保密性、方式及成本的合理性的標準，以及保護環境的生態學方法。

4.3. 轉換載體

可將臨時保存的病歷轉載至可保留其真實影像的資訊載體；轉換載體的操作可以紙本正本或直接以資訊載體進行。

4.4. 停止執業時病歷的處理

(2) A adoptar as técnicas e medidas adequadas para a salvaguarda dos processos clínicos, garantindo a segurança das instalações e equipamentos e no reforço das obrigações de confidencialidade dos respectivos trabalhadores;

(3) A cumprir os requisitos legais de protecção das informações de saúde constantes nos processos clínicos, nomeadamente, contra a destruição, acidental ou ilícita, a perda acidental, a alteração, a difusão, o acesso ou revelações não autorizadas.

4.2. Conservação do processo clínico

4.2.1. Classificação

(1) O processo de classificação tem por objectivo fixar os prazos de conservação dos processos clínicos determinando-se a sua conservação permanente ou a sua eliminação;

(2) Os processos clínicos com valor histórico e de conservação permanente devem ser entregues às entidades com competência para a sua classificação, sob proposta dos prestadores de cuidados de saúde.

4.2.2. Conservação temporária

(1) A conservação temporária de processos clínicos consiste na sua manutenção por parte do prestador de cuidados de saúde durante um prazo mínimo de 10 anos a contar da data de registo das últimas informações;

(2) Se o utente for menor, o prazo mínimo previsto em sub-linha anterior só se completa depois de terem decorrido dois anos sobre a data em que o menor adquirir a maioridade;

(3) Caso as informações contidas nos processos clínicos sejam transferidas para suportes de cópia os prazos de conservação são os mesmos dos suportes originais.

4.2.3. Conservação permanente

Os processos clínicos classificados como de conservação permanente não podem ser eliminados devendo ser conservados nos serviços a que pertencem.

4.2.4. Remessa

Na remessa para outros serviços dos processos clínicos deve garantir-se a integridade, autenticidade, segurança e durabilidade da informação de saúde.

4.2.5. Eliminação

(1) A eliminação dos processos clínicos consiste na sua destruição uma vez decorridos os prazos de conservação ou após a sua transferência para suportes de cópia legalmente previstos;

(2) A decisão sobre o processo de eliminação deve atender a critérios de confidencialidade e racionalidade de meios e custos e a metodologias ecológicas de preservação do ambiente.

4.3. Transferência de suportes

Dos processos clínicos com prazos de conservação temporária podem ser feitas transferências para suportes de informação que representem imagens fiéis dos originais; as operações de transferência de suportes podem realizar-se a partir de originais em papel ou directamente a partir de suporte informático.

4.4. Tratamento de processos clínicos em caso de cessação de actividade

4.4.1. 醫療服務提供者因故須終止其業務時，須將相關病歷交予就診者，並將此事通知衛生局。

4.4.2. 倘不可能作出4.4.1.項所指的交付，醫療服務提供者有義務將處於法定保存期的病歷送交衛生局，並須刊登告示於澳門特別行政區較多人閱讀的兩份報章上，其中一份為中文報章，另一份為葡文報章，以通知就診者。

4.5. 查閱病歷及提供副本

4.5.1. 就診者有權查閱其病歷及要求醫療服務提供者提供其病歷副本。

4.5.2. 如就診者死亡或在就診者無法作出意思表示的情況下，親屬有權根據第5/2016號法律第六條第一款所規定的順序查閱有關病歷及要求醫療服務提供者提供病歷副本。

4.5.3. 醫療服務提供者在就診者提出第4.5.1.或4.5.2項所指的要求時，須在十日內向其提供病歷副本，為此可收取費用，但費用的金額不可超過由行政長官以批示訂定的上限。

4.4.1. Os prestadores de cuidados de saúde que, por qualquer motivo, cessem a respectiva actividade procedem à entrega dos respectivos processos clínicos aos utentes, disso se notificando os Serviços de Saúde.

4.4.2. Caso a entrega prevista em 4.4.1. não seja possível, os prestadores de cuidados de saúde estão obrigados a enviar os processos clínicos que estejam no prazo de conservação legalmente previsto aos Serviços de Saúde, disso se notificando os utentes, através de publicação de anúncios em dois jornais mais lidos na Região Administrativa Especial de Macau, um em língua chinesa, outro em língua portuguesa.

4.5. Acesso ao processo clínico e entrega da respectiva cópia

4.5.1. O utente tem o direito de aceder ao processo clínico que lhe diga respeito e requerer aos prestadores de cuidados de saúde a entrega de cópias do mesmo.

4.5.2. Em caso de morte ou em situação que impeça o utente de declaração de vontade, os familiares, na ordem sucessiva prevista no n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 5/2016, podem aceder ao respectivo processo clínico e requerer aos prestadores de cuidados de saúde a entrega de cópias do mesmo.

4.5.3. Os prestadores de cuidados de saúde devem entregar, no prazo de 10 dias a contar da entrega do requerimento previsto em 4.5.1. ou 4.5.2., cópia do processo clínico, podendo, para o efeito, ser cobrada uma importância até ao limite máximo fixado em despacho do Chefe do Executivo.

附件二

門診及急診病歷

類別		內容
門診病歷	初診紀錄	須包括： 1. 主訴、現病史、與本次求診相關的過去史、個人史、過敏史； 2. 陽性體徵、必要的陰性體徵； 3. 輔助檢查結果（如有）； 4. 診斷及治療意見； 5. 醫囑（包括特別囑咐*）。
	覆診紀錄	須包括： 1. 病情變化或進展； 2. 重要陽性體徵及陰性體徵變化； 3. 輔助檢查結果（如有）； 4. 診斷及治療意見； 5. 醫囑（包括特別囑咐*）。

ANEXO II

Processo clínico de consulta externa e de serviço de urgência

Tipo		Conteúdo
Processo clínico de consulta externa	Registo de primeira consulta	Deve conter: 1. Principais queixas, história actual da doença, história de doenças anteriores relacionadas com a presente consulta, história pessoal e história de alergias; 2. Sinais positivos, sinais negativos essenciais; 3. Resultados de exames complementares (se houver); 4. Pareceres de diagnóstico e terapêutica; 5. Ordens médicas (incluindo ordens especiais*).
	Registo de consulta de seguimento	Deve conter: 1. Alterações ou evolução da situação clínica; 2. Alterações importantes dos sinais positivos e negativos; 3. Resultados de exames complementares (se houver); 4. Pareceres de diagnóstico e terapêutica; 5. Ordem médica (incluindo ordem especial*).

類別		內容
急診病歷	急診紀錄	須包括： 1. 初診紀錄的內容； 2. 就診者去向。
	急診留觀紀錄	須包括： 1. 重點記錄觀察期間病情變化及診療措施； 2. 就診者去向。

* 特別囑咐是指任何向就診者或其家屬發出的特別指示。

Tipo		Conteúdo
Processo clínico de serviço de urgência	Registo de urgência	Deve conter: 1. O registo de primeira consulta; 2. Destino do utente.
	Registo de observação no serviço de urgência	Deve conter: 1. Registo essencial da alteração da situação clínica e das medidas de diagnóstico e terapêutica implementadas durante o período de observação; 2. Destino do utente.

* Ordem especial é qualquer orientação especial transmitida ao utente ou à sua família.

附件三 住院病歷

類別	內容
入院首診紀錄	內容要求精簡，突出重點，須包括： 1. 就診者主訴、症狀及（或）體徵出現的日期、時間及變化，以及診療經過； 2. 重要的過去史、個人史、手術史及過敏史； 3. 體格檢查，以及重要的陽性及陰性體徵； 4. 入院前的治療及其效果； 5. 實驗室檢查； 6. 初步診斷。
入院紀錄	須包括： 1. 主訴、現病史、過去史、個人史（包括婚姻史，兒科包括生長發育史、營養史及預防接種史）、月經生育史（適用於女性）、家族史； 2. 體格檢查； 3. 重要的實驗室檢查； 4. 其他鑑別診斷及特殊檢查結果（如有）； 5. 診斷依據； 6. 診療計劃。

ANEXO III

Processo clínico de internamento hospitalar

Tipo	Conteúdo
Registo da primeira consulta de internamento	O conteúdo deve ser conciso, com destaque para os pontos importantes. Deve conter: 1. Queixas principais do utente, data e hora de manifestação de sintomas e (ou) de sinais e respectivas alterações e ocorrências de diagnóstico e terapêutica; 2. História de doenças anteriores importantes, história pessoal, história de intervenções cirúrgicas e história de alergias; 3. Exame físico e sinais positivos e negativos importantes; 4. Tratamento antes da admissão hospitalar e os respectivos efeitos; 5. Exames laboratoriais; 6. Diagnóstico preliminar.
Registo de admissão hospitalar	Deve conter: 1. Queixas principais, história da doença actual, história de doenças anteriores, história pessoal (incluindo história de casamento; se se tratar de um caso de pediatria, incluindo história de desenvolvimento, de alimentação e de vacinação), história menstrual e reprodutiva (aplica-se a mulheres), história familiar; 2. Exame físico; 3. Exames laboratoriais importantes; 4. Resultados de outros diagnósticos diferenciais e de exames especiais (se houver); 5. Fundamentos do diagnóstico; 6. Plano de diagnóstico e terapêutico.

類別	內容
病程紀錄	須包括： 1. 症狀及重要體徵的變化； 2. 對藥物治療及施行的操作的反應； 3. 重要的檢驗結果及分析（如有）； 4. 上級醫生查房、會診意見（如有）； 5. 更新的治療或診斷方案及理由； 6. 對就診者與家屬告知的重要事項。
轉科紀錄	須包括： 1. 入院以來的病情摘要及重要檢查結果； 2. 轉科的原因； 3. 診療計劃。
出院紀錄	須包括： 1. 入院及出院的日期及時間、負責醫生姓名、入院時病情摘要及入院診斷； 2. 住院期間的病情變化及診斷、治療經過、重要的檢查結果； 3. 出院時的情況（包括存在的症狀、體徵、疾病恢復程度或死亡）、出院診斷、出院醫囑及囑咐、覆診安排； 4. 疾病的國際編碼。

Tipo	Conteúdo
Registo da evolução clínica	Deve conter: 1. Alterações de sintomas e sinais importantes; 2. Reacções aos tratamentos medicamentosos e manobras utilizadas; 3. Resultados dos exames laboratoriais importantes e respectivas análises (se houver); 4. Visitas de médicos seniores à enfermaria e opiniões de consultas colegiais (se houver); 5. Plano de tratamento ou diagnóstico actualizado e respectivos motivos; 6. Assuntos importantes transmitidos ao utente e à sua família.
Registo de transferência de especialidade	Deve conter: 1. Resumo da evolução da situação clínica desde a admissão hospitalar e resultados dos exames importantes; 2. Motivos de transferência de especialidade; 3. Plano de diagnóstico e terapêutica.
Registo de alta hospitalar	Deve conter: 1. A data e hora de entrada e de alta, o nome do médico responsável, o resumo da situação clínica e o respectivo diagnóstico aquando da admissão hospitalar; 2. A alteração da situação clínica e o respectivo diagnóstico, o decurso de tratamento, os resultados dos exames importantes durante o período de internamento; 3. A situação no momento da alta (incluindo sintomas e sinais existentes, grau de recuperação da doença ou morte), diagnóstico de alta, ordem médica de alta e recomendações, a programação da consulta de seguimento; 4. Código internacional da doença.

附件四

輔助檢查的申請及報告

類別	內容
申請	須包括： 1. 就診者的個人識別資料：姓名、出生日期、性別、職業； 2. 申請單位名稱； 3. 臨床資料：臨床診斷、檢驗目的； 4. 樣本資料：樣本種類、採樣日期及時間； 5. 檢查項目； 6. 申請者姓名、執照編號/員工編號及簽署。

ANEXO IV

Requisição e relatório de exame complementar

Tipo	Conteúdo
Requisição	Deve conter: 1. Dados de identificação pessoal do utente: nome, data de nascimento, sexo e profissão; 2. Designação da unidade requerente; 3. Informações clínicas: diagnóstico clínico e objectivo do exame; 4. Informações da amostra: tipo de amostra, data e hora da recolha; 5. Exame requerido; 6. Nome do requerente, número de licença/ /número de trabalhador e assinatura.

類別	內容
報告	須包括： 1. 就診者的個人識別資料：姓名、出生日期及性別； 2. 檢查結果； 3. 報告日期； 4. 報告人的姓名/執照編號/員工編號及簽署。

**附件五
同意書**

類別	內容
同意書	須包括： 1. 進行醫療檢查/治療程序/手術前的疾病診斷（不可使用縮寫）； 2. 進行醫療檢查/治療程序/手術的名稱（不可使用縮寫）； 3. 扼要解釋擬執行的程序及其目的、效用及可能發生的風險及併發症； 4. 說明其他替代性診療方案與程序（如有）； 5. 解答就診者提出的主要疑問； 6. 就診者、主診醫生及見證人的姓名及簽名。

**附件六
圍手術紀錄**

類別	內容
術前評估 小結	須包括： 1. 簡要病情； 2. 術前準備情況； 3. 術前診斷（不可使用縮寫）； 4. 手術指徵； 5. 擬施手術名及方式； 6. 可能出現的意外及防範措施； 7. 手術者術前查看就診者相關情況。
手術安全 核查紀錄	須包括： 1. 手術名稱； 2. 手術方式及部位； 3. 過敏史； 4. 麻醉及手術風險評估及對策； 5. 麻醉及手術使用的藥物、儀器及物品（包括植入物）； 6. 血型及預計用量（如需輸血）； 7. 手術標本（如有）。

Tipo	Conteúdo
Relatório	Deve conter: 1. Dados de identificação pessoal do utente: nome, data de nascimento e sexo; 2. Resultados do exame; 3. Data do relatório; 4. Nome do relator/número de licença/ número de trabalhador e assinatura.

ANEXO V

Termo de consentimento

Tipo	Conteúdo
Termo de consentimento	Deve conter: 1. Diagnóstico pré-exame/pré-procedimental/pré-operatório (não se pode utilizar abreviaturas); 2. Designação do exame médico/procedimento terapêutico/intervenção cirúrgica a ser realizado (não se pode utilizar abreviaturas); 3. Esclarecimento sumário dos procedimentos a serem realizados e os objectivos, efeitos e eventuais riscos e complicações; 4. Indicação de programas alternativos de diagnóstico e terapêutica e respectivos procedimentos (se houver); 5. Esclarecimento das principais dúvidas apresentadas pelo utente; 6. Nome e assinatura do utente, do médico assistente e da testemunha.

ANEXO VI

Registo perioperatório

Tipo	Conteúdo
Resumo da avaliação pré-operatória	Deve conter: 1. Resumo da situação clínica; 2. Preparação pré-operatória; 3. Diagnóstico pré-operatório (não se pode utilizar abreviaturas); 4. Indicações de cirurgia; 5. Designação e método de cirurgia a realizar; 6. Acidentes eventuais e as respectivas medidas de prevenção; 7. Verificação pré-operatória do utente a efectuar por pessoa que realiza a cirurgia.
Registo de verificação de segurança cirúrgica	Deve conter: 1. Designação da cirurgia; 2. Método cirúrgico e local cirúrgico; 3. História de alergias; 4. Avaliação de risco anestésico-cirúrgico e respectiva contramedida; 5. Medicamentos, equipamentos e materiais utilizados para a anestesia e intervenção cirúrgica (incluindo implantes); 6. Tipo de sangue e quantidade estimada de sangue a ser utilizada (se for necessária transfusão); 7. Os espécimes cirúrgicos (se houver).

類別	內容	
手術清點紀錄	須包括： 1. 手術日期； 2. 手術名稱； 3. 手術中使用的各種器械、拭子、利器及敷料數量的核對及確認。	
手術紀錄	須包括： 1. 手術日期； 2. 術前診斷及術中診斷（不可使用縮寫）； 3. 手術名稱（不可使用縮寫）； 4. 手術醫生及助手姓名； 5. 麻醉方法； 6. 手術經過； 7. 術中出現的情況及處理等。	
術後病情紀錄	須包括： 1. 手術開始及結束時間； 2. 術中診斷； 3. 麻醉方式； 4. 手術方式； 5. 手術簡要經過； 6. 術後處理措施； 7. 術後應當特別注意的事項。	
麻醉紀錄	麻醉術前訪視紀錄	須包括： 1. 就診者一般情況； 2. 簡要病史； 3. 與麻醉相關的輔助檢查結果； 4. 手術方式； 5. 麻醉方式； 6. 麻醉適應症及麻醉中需注意的其他問題； 7. 對就診者擬施麻醉進行風險評估； 8. 術前麻醉醫囑。
	麻醉實施紀錄	須包括： 1. 就診者一般情況及術前特殊情況； 2. 麻醉前用藥； 3. 術前診斷及術中診斷； 4. 手術方式及日期； 5. 麻醉方式； 6. 麻醉誘導及各項操作開始及結束時間； 7. 麻醉期間用藥名稱、方式及劑量；

Tipo	Conteúdo	
Registo da contagem cirúrgica	Deve conter: 1. Data da cirurgia; 2. Designação da cirurgia; 3. Verificação e confirmação da quantidade de todos os instrumentos, cotonetes, ferramentas afiadas e curativos a utilizar durante a cirurgia.	
Registo da cirurgia	Deve conter: 1. Data da cirurgia; 2. Diagnóstico pré-operatório e intra-operatório (não se pode utilizar abreviaturas); 3. Designação da cirurgia (não se pode utilizar abreviaturas); 4. Nome do cirurgião e do ajudante; 5. Tipo de anestesia; 6. Decurso da cirurgia; 7. Situações ocorridas no período intra-operatório e respectivos tratamentos, entre outros.	
Registo da situação pós-operatória	Deve conter: 1. Hora de início e termo da cirurgia; 2. Diagnóstico intra-operatório; 3. Tipo de anestesia; 4. Método cirúrgico; 5. Resumo do decurso da cirurgia; 6. Medidas de tratamento pós-operatório; 7. Outros assuntos que merecem atenção especial após a cirurgia.	
Registo de anestesia	Registo de visita pré-anestésica	Deve conter: 1. Situação geral do utente; 2. Resumo da história de doenças; 3. Resultados dos exames complementares relacionados com a anestesia; 4. Método cirúrgico; 5. Tipo de anestesia; 6. Indicações relacionadas com a anestesia e outros assuntos que mereçam atenção durante a administração da anestesia; 7. Avaliação do risco da anestesia a ser administrada ao utente; 8. Ordem médica emitida pelo anestesista antes da cirurgia.
	Registo de administração da anestesia	Deve conter: 1. Situação geral e circunstância especial pré-operatória do utente; 2. Medicação pré-anestésica; 3. Diagnóstico pré-operatório e intra-operatório; 4. Método cirúrgico e data; 5. Tipo de anestesia; 6. Horas de início e termo de indução anestésica e de execução das diversas manobras; 7. Designação do medicamento administrado no período anestésico, modo de administração e dosagem;

類別	內容	
麻醉紀錄	麻醉實施紀錄	8. 麻醉期間特殊或突發情況及處理; 9. 手術開始及結束的時間。
	麻醉術後訪視紀錄	須包括: 1. 就診者一般情況; 2. 麻醉恢復情況; 3. 術後醫囑; 4. 特殊情況(如有)。

**附件七
護理紀錄**

類別	內容
護理評估紀錄	1. 基礎評估的內容須包括: (1) 入院資料及健康史; (2) 生命體徵評估; (3) 跌倒風險評估; (4) 壓瘡風險評估。 2. 系統性評估的內容須包括: 身體、心理、社會及靈性四個方面。
護理計劃	內容須涵蓋護理過程的四個步驟: 1. 護理評估; 2. 護理計劃; 3. 措施執行; 內容可包括根據護理計劃執行各項護理、維護安全及衛生教育等措施, 以及按醫囑施藥及執行治療。 4. 評價 對執行護理措施及醫囑後就診者的整體反應及成效作出評價。
出院護理摘要	須包括: 1. 出院日期及時間, 負責醫生姓名及出院診斷; 2. 就診者及親屬/照顧者資料及聯繫方式; 3. 出院時的情況; 4. 持續照護摘要, 包括喉管、傷口、溝通、自理、安全維護及其他注意事項; 5. 醫囑及覆診日期; 6. 出院的去向及相關安排。

Tipo	Conteúdo	
Registo de anestesia	Registo de administração da anestesia	8. Ocorrências especiais ou imprevisíveis no período anestésico e respectivos tratamentos; 9. Hora de início e termo da operação.
	Registo de visita pós-anestésica	Deve conter: 1. Situação geral do utente; 2. Situação da recuperação pós-anestésica; 3. Ordem médica pós-operatória; 4. Situações especiais (se houver).

ANEXO VII

Registo de enfermagem

Tipo	Conteúdo
Registo da avaliação de enfermagem	1. O conteúdo da avaliação básica de enfermagem deve conter: (1) Informações de admissão e história de saúde; (2) Avaliação dos sinais vitais; (3) Avaliação do risco de queda; (4) Avaliação do risco de lesão de pressão. 2. O conteúdo da avaliação sistemática de enfermagem deve conter quatro partes: estado físico, psicológico, social e espiritual.
Plano de cuidados de enfermagem	O conteúdo deve cobrir quatro etapas dos procedimentos de enfermagem: 1. Avaliação de enfermagem; 2. Plano de cuidados de enfermagem; 3. Implementação de medidas: Pode incluir a execução das diversas medidas de cuidados de enfermagem, de segurança e de educação para a saúde, de acordo com o plano de cuidados de enfermagem, assim como a administração de medicamentos e a execução de tratamento em cumprimento da ordem médica. 4. Verificação: Verificação das reacções gerais do utente após a execução das medidas de cuidados de enfermagem e ordens médicas e da eficácia dessas mesmas medidas.
Resumo da alta de enfermagem	Deve conter: 1. Data e hora de alta hospitalar, nome do médico responsável e diagnóstico de alta; 2. Informações do utente e da família/cuidador e forma de contacto; 3. Situações aquando da alta; 4. Resumo de cuidados de enfermagem contínuos, incluindo tubos, feridas, comunicação, auto-cuidado, garantias de segurança e outros assuntos a observar; 5. Ordem médica e data de consulta de seguimento; 6. Morada após a alta e respectiva organização.

附件八
處方及醫囑

類別	內容
門診、急診處方及醫囑	<p>須包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 就診者的個人識別資料； 2. 就診者的過敏史（包括藥物、食物及物料過敏）及相關反應； 3. 藥物名稱（通俗名稱，必要時可附上商品名稱）、公制劑量、頻次（必要時應加上停用期間）、途徑、服用（使用）藥物時的注意事項； 4. 儘量避免縮寫，尤其禁用的易錯縮寫； 5. 處方者的姓名及簽名、執照編號/員工編號、日期及時間； 6. 配藥者及/或發藥者的姓名及簽名。
住院處方及醫囑	<p>住院處方及醫囑尚須：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 註明診斷/初步診斷、重要的並存疾病及懷孕/哺乳狀況； 2. 每一項新醫囑需標明開始執行的日期、時間及處方醫生簽名； 3. 需要停止一項醫囑時，須在原醫囑後標明“停止”及日期，以及處方醫生簽名。

附件九
搶救紀錄

類別	內容
搶救紀錄	<p>須包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病情變化情況； 2. 搶救日期及時間； 3. 搶救經過及措施； 4. 參加搶救的醫療人員姓名及專業技術職稱； 5. 搶救的結果。

（是項刊登費用為 \$34,775.00）

ANEXO VIII
Prescrição e ordem médicas

Tipo	Conteúdo
Prescrição e ordem médicas de consulta externa e de serviço de urgência	<p>Deve conter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dados de identificação pessoal do utente; 2. História de alergias do utente (incluindo alergias medicamentosas, alimentares e alergia a materiais) e respectivas reacções; 3. Designação do medicamento (nome vulgar, pode ser indicado o nome comercial quando for necessário), dose expressa em unidades métricas, frequência (deve ser indicado o intervalo de uso quando necessário), via de administração e assuntos a ter em atenção durante a administração (uso) do medicamento; 4. Evitar abreviaturas tanto quanto possível, sendo especialmente proibida a utilização de abreviaturas em que facilmente ocorrem erros; 5. Nome e assinatura do prescriptor, número de licença/de trabalhador, data e hora; 6. Nome e assinatura do aviador e/ou distribuidor do medicamento.
Prescrição e ordem médicas de internamento	<p>A prescrição e ordem médicas de internamento deve ainda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Especificar o diagnóstico/diagnóstico inicial, as comorbidades importantes e a situação de gravidez/aleitamento materno; 2. Para cada nova ordem médica, indicar a data e a hora de início de implementação e a assinatura do médico prescriptor; 3. Caso haja necessidade de parar uma ordem médica, o final da mesma deve ser assinalado com a palavra «Parar» e colocadas a data e a assinatura do médico prescriptor.

ANEXO IX
Registo de reanimação

Tipo	Conteúdo
Registo de reanimação	<p>Deve conter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evolução da situação clínica; 2. Data e hora da reanimação; 3. Decurso da reanimação e medidas tomadas; 4. Nome e título técnico-profissional dos profissionais de saúde que participam na reanimação; 5. Resultado da reanimação.

（Custo desta publicação \$ 34 775,00）