

Directrizes de Encaminhamento de Casos de SIDA

Comissão de Luta contra a SIDA

Governo da Região Administrativa Especial de Macau

Macau, Agosto de 2016

Editora: Comissão de Luta contra a SIDA
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
Alameda Dr. Carlos D'Assumpção, n.º 335-341,
Edif. Centro Hotline, 7.º andar, Macau
Tel: 28533525 Fax: 28533524
Email: secretariat@aids.org.mo

Edição: 1.ª edição, Macau, Junho de 2007
2.ª edição, Macau, Agosto de 2016

Autor: Comissão de Luta contra a SIDA
Governo da Região Administrativa Especial de Macau

Paginação: Comissão de Luta contra a SIDA
Governo da Região Administrativa Especial de Macau

Direitos de Autor: Comissão de Luta contra a SIDA
Governo da Região Administrativa Especial de Macau

A reprodução de conteúdos é autorizada mediante indicação da fonte.

Índice

CAPÍTULO 1 ENVIO E ENCAMINHAMENTO DAS AMOSTRAS SANGUINEAS DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	4
CAPÍTULO 2 ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES NÃO HOSPITALIZADOS	7
CAPÍTULO 3 CONTACTOS.....	10
CAPÍTULO 4 FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO E RESPECTIVO ENVELOPE	12

Capítulo 1 Envio e Encaminhamento das Amostras Sanguíneas dos Pacientes Hospitalizados

Utilizadores

Hospitais não governamentais

Pacientes a encaminhar

Pacientes hospitalizados com suspeita de infecção por VIH

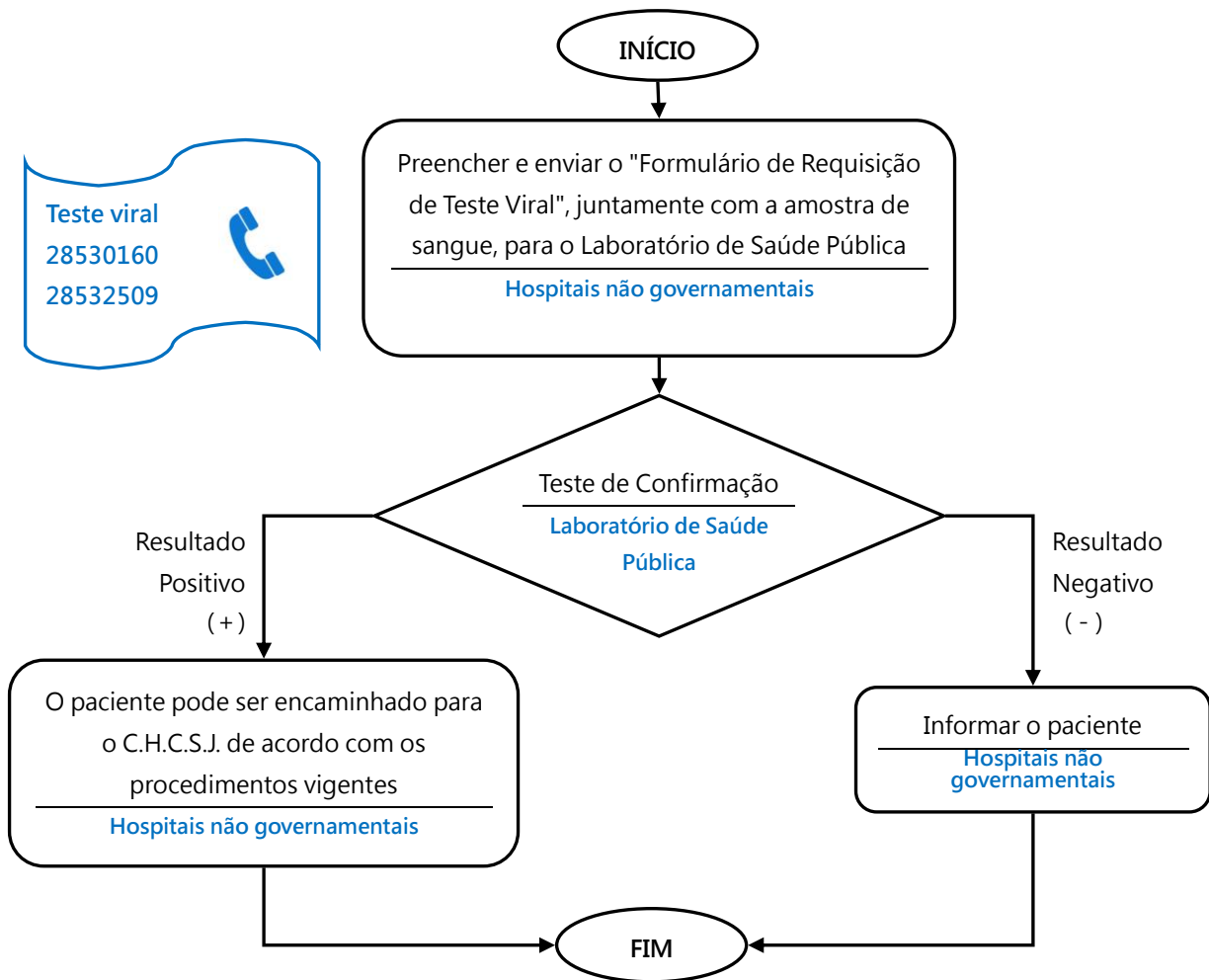
Procedimentos

1. Em caso de suspeita de infecção por VIH num paciente hospitalizado de um hospital não governamental, e mediante o consentimento do paciente, deve ser preenchido o Formulário de Requisição de Teste Viral do Laboratório de Saúde Pública dos Serviços de Saúde, devendo o mesmo ser remetido, de forma confidencial, para o Laboratório de Saúde Pública dos Serviços de Saúde, juntamente com a amostra de sangue, para fins de realização do Teste de Confirmação.
2. Em caso de resultado positivo no Teste de Confirmação de VIH, de acordo com a vontade do paciente e com a política do hospital, o hospital não governamental pode preencher o Formulário de Encaminhamento do Paciente, sendo este Formulário enviado, em forma confidencial, ao Centro Hospitalar Conde de São Januário (CHCSJ) dos Serviços de Saúde, para fins de acompanhamento e

tratamento. Durante o horário de expediente, pode contactar por telefone o Serviço de Infecçiology do CHCSJ para proceder às diligências necessárias. Fora do horário de expediente e em caso de emergência, o paciente pode ser primeiro encaminhado para o Serviço de Urgência do CHCSJ e posteriormente transferido para o Serviço de Infecçiology do mesmo.

Fluxograma para o encaminhamento de Pacientes Hospitalizados com suspeita de infecção pelo VIH e amostras de sangue

UTILIZADORES: Hospitais não governamentais
PACIENTES A ENCAMINHAR: **PACIENTES HOSPITALIZADOS**
com suspeita de infecção por VIH



Capítulo 2 Encaminhamento de Pacientes Não Hospitalizados

Utilizadores

Hospitais não governamentais, clínicas e laboratórios privados

Pacientes a encaminhar

1. Pacientes não hospitalizados com suspeita de infecção por VIH
2. Indivíduos cujo resultado do teste de confirmação do VIH é positivo

Procedimentos

1. Hospitais não governamentais e clínicas
 - 1.1. Em caso de suspeita de infecção por VIH num paciente de um hospital não governamental ou de uma clínica, e mediante o consentimento do mesmo, deve ser preenchido o Formulário de Encaminhamento do Paciente, devendo o processo ser remetido, de forma confidencial, para a Equipa Especial de Serviços de Prevenção dos Serviços de Saúde.
 - 1.2. O indivíduo suspeito de infecção por VIH deve dirigir-se pessoalmente à Equipa Especial de Serviços de Prevenção, fazendo-se acompanhar do Formulário de Encaminhamento do Paciente, uma cópia do relatório dos exames, um documento de identificação original válido e o Cartão de Utente dos S.S.. A

Equipa Especial de Serviços de Prevenção disponibilizará serviços de informação e aconselhamento ao paciente e efectuará as diligências necessárias para a realização do Teste de Confirmação de VIH.

1.3. Em caso de resultado positivo no Teste de Confirmação de VIH, de acordo com a vontade do paciente, a Equipa Especial de Serviços de Prevenção procederá ao encaminhamento do paciente para o Serviço de Infeciologia do CHCSJ dos Serviços de Saúde, para fins de acompanhamento e tratamento.

2. Laboratórios não governamentais

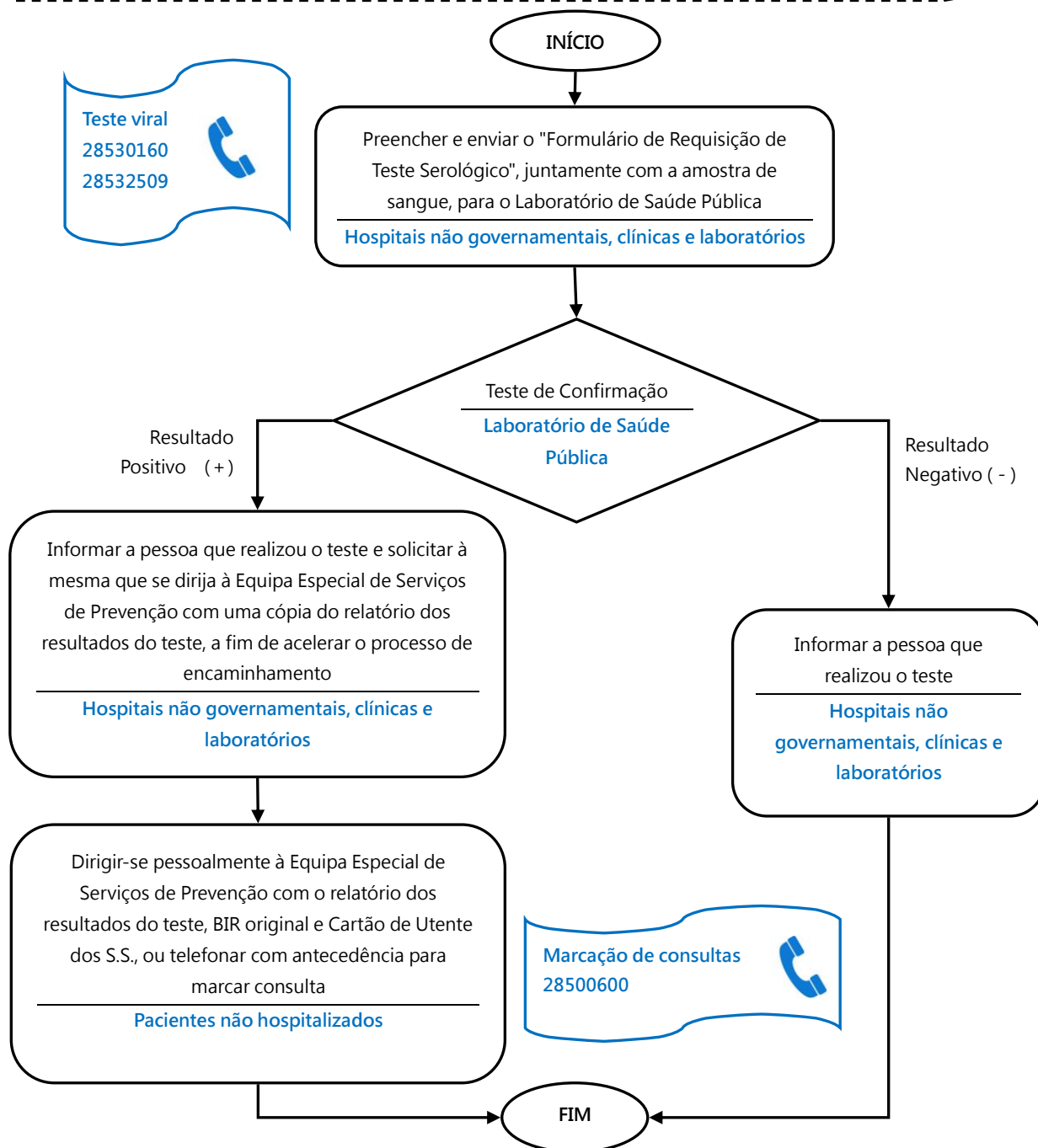
2.1. Em caso de suspeita de infecção por VIH numa amostra de sangue de um laboratório não governamental, e mediante o consentimento do paciente, deve ser preenchido o Formulário de Requisição de Teste Viral do Laboratório de Saúde Pública, devendo o mesmo ser remetido, de forma confidencial, para o Laboratório de Saúde Pública dos Serviços de Saúde, juntamente com a amostra de sangue, para fins de realização do Teste de Confirmação.

2.2. Em caso de resultado positivo no Teste de Confirmação de VIH, o laboratório não governamental deverá informar o indivíduo e, de acordo com a vontade do mesmo, preencher o Formulário de Encaminhamento do Paciente e remeter o processo, de forma confidencial, à Equipa Especial de Serviços de Prevenção dos Serviços de Saúde.

- 2.3. O indivíduo suspeito de infecção por VIH deverá dirigir-se pessoalmente à Equipa Especial de Serviços de Prevenção, fazendo-se acompanhar do Formulário de Encaminhamento do Paciente, uma cópia do relatório dos exames, um documento de identificação original válido e o Cartão de Utente dos S.S.. A Equipa Especial de Serviços de Prevenção disponibilizará serviços de informação e aconselhamento ao paciente e efectuará as diligências necessárias para a realização do Teste de Confirmação de VIH.
- 2.4. Em caso de resultado positivo no Teste de Confirmação de VIH, de acordo com a vontade do paciente, este será encaminhado para o Serviço de Infeciologia do CHCSJ dos Serviços de Saúde, para fins de acompanhamento e tratamento.

Fluxograma de encaminhamento de pacientes não hospitalizados com suspeita de infecção pelo VIH

UTILIZADORES: Hospitais não governamental, clínicas e laboratórios
PACIENTES A ENCAMINHAR: Pessoas cujo resultado do teste de confirmação do VIH é (+) e **PACIENTES NÃO HOSPITALIZADOS** com suspeita de infecção



Capítulo 3 Contactos

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

2.^a a 5.^a-feira: 09:00 - 13:00; 14:30 - 17:45

6.^a-feira: 09:00 - 13:00; 14:30 - 17:30

Sábado, Domingo e Feriados Públicos: Encerrado

Serviço de Infeciologia, CHCSJ, Serviços de Saúde

TEL: 8390 2210 / 8390 2200

Ou contacte o CHCSJ: 2831 3731

Laboratório de Saúde Pública, Serviços de Saúde

TEL: 2853 0160, 2853 2509

ENDEREÇO: Estrada dos Parses, n.º 8 (em frente à Escola Ling Nam)

Equipa Especial de Serviços de Prevenção, Serviços de Saúde

LINHA DE APOIO - SIDA: 2850 0600

ENDEREÇO: Centro de Saúde Nossa Senhora do Carmo-Lago, Área A,
1.º andar do Edifício do Lago, Estrada Coronel Nicolau de
Mesquita da Taipa (Marque “1” no elevador e, ao sair, vire
à esquerda; caso opte pela escada rolante, suba até ao 1.º
andar e vire à direita)

Capítulo 4 Formulário de Encaminhamento e Respectivo Envelope

Formato do Formulário de Encaminhamento

致 Para
<input type="checkbox"/> 結核病防治中心 Centro de Prevenção e Tratamento de Tuberculose <input type="checkbox"/> 特別預防服務小組 Equipa Especial de Serviços de Prevenção <input type="checkbox"/> 仁伯爵綜合醫院急症室 Serviço de Urgência, CHCSJ

姓名 Nome		性別 Sexo	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	年齡 Idade_____
衛生局檔案編號 N.º de registo nos SS		身份證號碼 N.º do BIR		
地址 Endereço				
聯絡人 Pessoas de contacto	(1) _____	電話 Tel : _____		
	(2) _____	電話 Tel : _____		

同意書 Autorização do Paciente

本人，(姓名)及(身份證號碼)如上，同意上述醫生將本人的醫療紀錄摘要交與上述醫療機構。

Eu, (nome) e titular do B.I.R. n.º (n.º do BIR) como acima referido, autorizo a entrega do meu processo clínico à entidade de saúde acima referida.

日期Data

病人簽署 Assinatura do paciente

1. 診斷Diagnóstico / 問題Problemas :

診斷 Diagnóstico : _____, Código ICD: _____

問題 Problemas:

2. 其他重要病歷及發現Outras informações da ficha clínica e observações importantes:

3. 處方/ 治療計劃Medicação / Plano de tratamento:

4. 有關檢查報告 (附帶報告或副本) Relatórios de exames relevantes (relatórios ou cópias, em anexo):

化驗結果 Resultados dos testes laboratoriais:

影像/ 放射檢查結果 Resultados de imagiologia/radiologia:

其它有關結果 (如病理報告) Outros resultados relevantes (relatório patológico, etc.):

5. 轉診目的 Objectivo do encaminhamento:

診斷/治療 Diagnóstico & Tratamento

6 轉介醫生 Contactos do médico responsável pelo encaminhamento:

轉介醫生姓名 Nome: _____ (正楷 Preencher com maiúsculas)

衛生局醫生/准照號碼 N.º de registo nos Serviços de Saúde _____

電話 Tel: _____ 傳真 Fax: _____ 電郵 Email: _____

簽名 Assinatura: _____

所屬機構 Entidade:

私人診所 Clínica privada _____

其他 Outra _____

Formato da parte da frente do envelope do Formulário de Encaminhamento

<p>保密資料，除接診醫生外或經當事人同意外，禁止其他人士參閱</p> <p>Dados Confidenciais, sendo permitida a consulta apenas pelos médicos responsáveis pelo atendimento do presente caso encaminhado ou mediante autorização do paciente</p> <p>轉診單 Formulário de Encaminhamento</p>				
姓名 Nome:		身份證號碼 N.º do BIR:		金卡號 N.º de Cartão de Utente dos S.S.
衛生局 S.S. <input type="checkbox"/> 仁伯爵綜合醫院急症室 Serviço de Urgência, CHCSJ <input type="checkbox"/> 結核病防治中心 Centro de Prevenção e Tratamento de Tuberculose <input type="checkbox"/> 特別預防服務小組 Equipa Especial de Serviços de Prevenção		轉介醫療機構 Entidade médica responsável pelo encaminhamento:		
		轉介日期及蓋章 Data de encaminhamento e carimbo:		
		接診醫療機構 Entidade médica responsável pelo atendimento do presente caso de encaminhamento:		
		接診日期及蓋章 Data de recepção do caso e carimbo:		
<p>指引 INSTRUÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 請持本轉診單及附件、身份證及電腦資料卡(金卡)，於辦公時間到有關部門預約： É favor marcar consulta apresentando o seu Formulário de Encaminhamento, BIR e Cartão de Utente (cartão dourado) dos S.S. ao respectivo organismo durante o horário de expediente: <ul style="list-style-type: none"> - 結核病防治中心 Centro de Prevenção e Tratamento de Tuberculose (電話 Tel: 2853 2196) - 特別預防服務小組 Equipa Especial de Serviços de Prevenção (電話 Tel: 2850 0600) ● 如需轉往仁伯爵綜合醫院急症室診治，請持本轉診單及附件、身份證及電腦資料卡(金卡)往急症室登記，負責分流的醫護人員會按照病情的先後緩急，作出適當的安排及診治(24小時服務)。 Caso seja necessário o encaminhamento para o Serviço de Urgência do CHCSJ, é favor fazer o registo no balcão de inscrição do mesmo, apresentando o presente Formulário de Encaminhamento e respectivos anexos, bem como o seu BIR e Cartão de Utente dos S.S. (cartão dourado). Os funcionários responsáveis pela triagem irão encaminhá-lo em conformidade com a sua condição física (serviço 24 horas). <ul style="list-style-type: none"> - 仁伯爵綜合醫院急症室登記處 Balcão de Inscrição do Serviço de Urgência, CHCSJ: 8390 3600 <p>注意事項 NOTAS:</p> <p>本人(上述病者)_____同意衛生局人員影印本人轉診單及相關的資料，並交予接診醫生審閱。</p> <p>Eu (nome do paciente acima referido) _____ autorizo os Serviços de Saúde a duplicar o meu Formulário de Encaminhamento e outros dados relevantes e a proceder à entrega dos mesmos ao médico responsável pelo atendimento do meu caso.</p> <p style="text-align: right;">病者/病者監護人簽署 Assinatura do paciente/tutor</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: center;">(按證件簽 Conforme a assinatura no BIR)</p>				

O Formulário de Encaminhamento pode ser descarregado a partir da
página electrónica dos Serviços de Saúde (www.ssm.gov.mo) ou
levantado no seguinte local:

Comissão Técnica de Licenciamento de Actividades Privadas, Serviços
de Saúde

Endereço: Alameda Dr. Carlos D'Assumpção, n.º 335-341, Edf. Centro
Hotline, 6.º andar, Macau