

 衛生局 Serviços de Saúde	醫療服務提供者終止執業時 病歷的處理須知及注意事項		文件編號：	01/PC-UTLAP- GUI-2017
	發出：	醫務活動牌照科	發出日期：	03/2017
	屬性：	公開文件	頁數：	1/4

根據第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第八條第四款，以及衛生局局長第 05/SS/2017 號批示附件一第 4.4 項的規定，醫療服務提供者因故終止業務時，須確保其就診者的病歷得到妥善的處理，包括：

- 直接將相關病歷交予就診者，並將此事通知衛生局；
- 倘若不可能作出上指的交付，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。

為確保病歷資料的完整、安全及保密性，以及清晰其去向，醫療服務提供者終止執業時，倘若未能直接將相關病歷交予就診者，須按以下規定將病歷移交至醫務活動牌照科，並由醫務活動牌照科工作人員進行相關的核對程序。

1. 病歷移交時限

1.1 醫療服務提供者必須於收到確認其取消准/執照之通知函翌日起計 60 日內，將病歷送交至醫務活動牌照科。

2. 病歷的移交

2.1 送交者

2.1.1 病歷應由醫療服務提供者親自送交。

2.1.2 根據第 8/2005 號法律第七條第四款規定，病歷尚可委託醫療服務提供者所在的場所內負有保密義務的醫務專業人員或其他人員送交。受委託人送交病歷時須提交獲授權的委託書。

2.1.3 如發生醫療服務提供者無行為能力或身故情況，且沒有上述第 2.1.2 點提及的人士，符合第 5/2016 號法律第六條第一款所指的人士，可按照既定的順序，替該名醫療服務提供者送交病歷。親屬送交病歷時須出示相關文件證明與該醫療服務提供者的關係。

	醫療服務提供者終止執業時 病歷的處理須知及注意事項		文件編號：	01/PC-UTLAP- GUI-2017
	發出：	醫務活動牌照科	發出日期：	03/2017
	屬性：	公開文件	頁數：	2/4

2.2 病歷須以如下方式送交醫務活動牌照科：

2.2.1 紙本病歷

- 每位就診者的紙本病歷須用獨立的公文袋密封。
- 應為每一公文袋以阿拉伯數目字建立序號。
- 須於每個公文袋上註明相關序號、就診者姓名、身份證明文件號碼或其他身份識別資料，以及病歷的起止日期(最初及最後建立檔案日期)。
- 填寫病歷移交清單。
- 病歷移交清單應附有：已填妥的紙本病歷移交清單及已移交就診者之病歷清單(倘有)。

2.2.2 電子病歷

- 病歷如使用資訊載體進行記載，尚可透過光碟或 USB 記憶棒移交病歷。
- 進行上指的交付時，醫療服務提供者須出示由郵電局發出的“個人合格證書”，以證明其有效之電子身份。
- 須就每位就診者的病歷建立一文件夾保存。
- 每一光碟或 USB 記憶棒須放入獨立的公文袋中，經醫務活動牌照科工作人員完成病歷匯入後，方可將相關公文袋密封。
- 須於每個公文袋上註明相關序號、醫療服務提供者名稱、准照/執照編號及電子載體類別。
- 填寫病歷移交清單。
- 病歷移交清單應附有：已填妥的紙本病歷移交清單及已移交就診者之病歷清單(倘有)。

2.2.3 填寫表格注意事項：

- 填寫病歷移交清單時須提供(表格式樣見附件一)：醫療服務提供

	醫療服務提供者終止執業時 病歷的處理須知及注意事項		文件編號：	01/PC-UTLAP- GUI-2017
	發出：	醫務活動牌照科	發出日期：	03/2017
	屬性：	公開文件	頁數：	3/4

者名稱、准照/執照登記編號、持牌人姓名(自然人不須填寫)、身份證明文件類別及號碼、通訊地址及聯絡電話。倘交付人為受委託人，尚須填寫受委託人的相關資料及提交委托人的授權書。

- 填寫紙本/電子病歷移交清單時須提供(表格式樣見附件二及三)：公文袋的序號、載體類別(倘有)、每位就診者的姓名及身份證明文件編號，以及病歷的起止日期(最初及最後建立檔案日期)；如未能提供就診者身份證明文件編號，須額外填寫就診者的性別、出生日期及聯絡電話，以便識別就診者身份。
- 填寫已移交就診者之病歷清單時(表格式樣見附件四)，除須提供上述的資料外，尚須提交就診者簽收之病歷移交憑據。
- 倘病歷已直接移交就診者，醫療服務提供者只須提交病歷移交清單、已移交就診者之病歷清單及就診者簽收之病歷移交憑據。

3. 核對程序

- 3.1 經醫務活動牌照科工作人員完成核對程序後，該名工作人員與交付人須同時在每個載有病歷的公文袋之封口處簽名，並在病歷移交清單、紙本/電子病歷移交清單及已移交就診者病歷清單之指定位置簽署確認。
- 3.2 上述的清單正本須存於醫務活動牌照科，副本則交予交付人。
- 3.3 就診者簽收之病歷移交憑據副本須存於醫務活動牌照科，正本則交還交付人。

4. 刊登告示

- 4.1 醫療服務提供者將病歷移交至醫務活動牌照科後，須同時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(中文及葡文的告示範本見附件五及六)。
- 4.2 醫療服務提供者須於刊登告示翌日起計 5 個工作日內，以親臨、電郵或傳真方式向醫務活動牌照科遞交有關告示的剪報，並同時註明刊登之日期。

	醫療服務提供者終止執業時 病歷的處理須知及注意事項		文件編號：	01/PC-UTLAP- GUI-2017
	發出：	醫務活動牌照科	發出日期：	03/2017
	屬性：	公開文件	頁數：	4/4

5. 注意事項

- 5.1 根據第 5/2016 號法律第八條第二款四項規定，自記錄最新資料之日起保存病歷的最低期限為十年；但就診者為未成年人除外，在此情況下，該期限在就診者成年日起算的兩年後才屆滿。如病歷已超過法定保存期限，按照衛生局局長第 05/SS/2017 號批示附件一第 4.2.5 點規定，醫療服務提供者可將有關病歷銷毀，但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。
- 5.2 為便捷病歷移交程序，醫療服務提供者可預先填寫病歷移交清單、紙本/電子病歷移交清單及已移交就診者之病歷清單資料，以便醫務活動牌照科工作人員進行核對。

附件列表	
附件一	病歷移交清單
附件二	紙本病歷移交清單
附件三	電子病歷移交清單
附件四	已移交就診者之病歷清單
附件五	中文及葡文告示範本(適用於自然人)
附件六	中文及葡文告示範本(適用於法人)

病歷移交清單 (附件一)

醫療服務提供者資料	
自然人 / 法人名稱 :	
准照 / 執照登記編號 :	
持牌人姓名 :	
身份證明文件類別 :	
身份證明文件編號 :	
通訊地址 :	
聯絡電話 :	

交付人資料	
交付人是否為上述醫療服務提供者 :	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如否請填寫受委託人資料)
受委託人資料	
姓名 :	
身份證明文件類別 :	
身份證明文件編號 :	
聯絡電話 :	
提交委託人授權書 :	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如否請填寫原因) 原因 : <input type="text"/>

病歷移交的部分	
請勾選並註明相關部分的頁數 :	
<input type="checkbox"/> 紙本病歷移交清單(附件二).....	<input type="text"/> 頁
<input type="checkbox"/> 電子病歷移交清單(附件三).....	<input type="text"/> 頁
<input type="checkbox"/> 已移交就診者之病歷清單(附件四).....	<input type="text"/> 頁
備註 :	<input type="text"/>

交付人/受委託人姓名及簽署	醫務活動牌照科工作人員簽署及蓋章
姓名 :	
簽署 :	
日期 :	日期 :

紙本病歷移交清單(附件二)

頁數：

醫療服務提供者：

准照/執照登記編號：

序號 ¹	就診者姓名	身份證明文件 或醫療卡編號 ²	性別	出生日期 ³	聯絡電話	病歷起止日期 ³	備註
						至	
						至	
						至	
						至	
						至	
						至	
						至	
						至	
						至	
						至	

註：

1. 序號應與病歷公文袋序號相對應
2. 請優先填寫身份證明文件編號，倘若未能提供身份證明文件編號，請填寫性別、出生日期、聯絡電話
3. 日期格式：日/月/年

交付人/受委託人姓名及簽署

醫務活動牌照科工作人員簽署及蓋章

姓名：

簽署：

日期：

日期：

電子病歷移交清單(附件三)

頁數：

醫療服務提供者：

准照/執照登記編號：

序號 ¹	電子檔案名稱	就診者姓名	身份證明文件 或醫療卡編號 ³	性別	出生日期 ⁴	聯絡電話	病歷起止日期 ⁴	備註
							至	
							至	
							至	
							至	
載體類別 ²							至	
							至	
							至	
							至	
							至	
							至	

註：

1. 序號應與病歷公文袋序號相對應
2. 載體類別：A.光碟；B.USB 記憶棒
3. 請優先填寫身份證明文件編號，倘若未能提供身份證明文件編號，請填寫性別、出生日期、聯絡電話
4. 日期格式：日/月/年

交付人/受委託人姓名及簽署

醫務活動牌照科工作人員簽署及蓋章

姓名：

簽署：

日期：

日期：

已移交就診者之病歷清單(附件四)

頁數：

醫療服務提供者：

准照/執照登記編號：

序號 ¹	載體類別 ²	就診者姓名	身份證明文件 或醫療卡編號 ³	性別	出生日期 ⁴	聯絡電話	病歷起止日期	病歷移交憑證 ⁵	備註
							至		
							至		
							至		
							至		
							至		
							至		
							至		
							至		
							至		

註：

1. 序號應與病歷公文袋序號相對應
2. 載體類別：A.光碟；B.USB 記憶棒；C.紙本
3. 請優先填寫身份證明文件編號，倘若未能提供身份證明文件編號，請填寫性別、出生日期、聯絡電話
4. 日期格式：日/月/年
5. 請填寫：A. 有；B. 無

交付人/受委託人姓名及簽署

醫務活動牌照科工作人員簽署及蓋章

姓名：

簽署：

日期：

日期：

附件五

中文告示範本(適用於自然人)

告示

本人____(姓名)____, 已取消____准照(編號:____)____, 有關許可刊登於____年____月____日第____期《澳門特別行政區公報》第二組之衛生局批示摘錄, 並聲明已按照第 5/2016 號法律第八條及第 05/SS/2017 號衛生局局長批示附件一第 4.4 項之規定, 將處於法定保存期的就診者病歷移交至衛生局。若本人之病人需要取回有關病歷, 可聯絡衛生局醫務活動牌照科。

XXX 啓

____年____月____日

Modelo de anúncio para jornal em língua portuguesa (aplicável a pessoa singular)

Anúncio

Eu,____(nome)____, declaro que já cancelei a licença profissional (n.º :____), com autorização publicada no extracto de despachos dos Serviços de Saúde no Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau, série II, n.º____, de____(dia)____ de____(mês)____ de____(ano)____, e que já fiz a transferência para os Serviços de Saúde de todos os processos clínicos dos utentes que se encontram dentro do prazo de conservação legal, conforme o disposto no artigo 8.º da Lei n.º 5/2016 e na alínea 4.4 do Anexo I do Despacho do Director dos Serviços de Saúde n.º 05/SS/2017. Caso os pacientes, pelos quais era responsável, pretendam adquirir os respectivos processos clínicos, devem contactar a Unidade Técnica de Licenciamento das Actividades e Profissões Privadas de Prestação de Cuidados de Saúde dos Serviços de Saúde.

Prestador de cuidados de saúde: _____
_____ de _____ de _____
(dia) (mês) (ano)

附件六

中文告示範本(適用於法人)

告示

本診所 _____ (名稱) _____，已取消 _____ 執照(編號： _____)，有關許可刊登於 _____ 年 _____ 月 _____ 日第 _____ 期《澳門特別行政區公報》第二組之衛生局批示摘錄，並聲明已按照第 5/2016 號法律第八條及第 05/SS/2017 號衛生局局長批示附件一第 4.4 項之規定，將處於法定保存期的就診者病歷移交至衛生局。若本診所之病人需要取回有關病歷，可聯絡衛生局醫務活動牌照科。

XXX 診所 啓

_____ 年 _____ 月 _____ 日

Modelo do anúncio em língua portuguesa (aplicável a pessoa colectiva)

Anúncio

A clínica _____ (nome) _____, já cancelou o alvará (n.º : _____), cuja a autorização foi publicada no extracto de despachos dos Serviços de Saúde no Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau, série II, n.º _____, de _____ (dia) _____ de _____ (mês) _____ de _____ (ano) _____, declarando que, a mesma já realizou a transferência de processos clínicos de utentes que se encontrem no prazo de conservação legal aos Serviços de Saúde, de acordo com o disposto referido no artigo 8.º da Lei n.º 5/2016 e na alínea 4.4 do Anexo I do Despacho do Director dos Serviços de Saúde n.º 05/SS/2017. Caso os utentes desta clínica queiram adquirir os respectivos processos clínicos, podem contactar a Unidade Técnica de Licenciamento das Actividades e Profissões Privadas de Prestação de Cuidados de Saúde dos Serviços de Saúde.

Clínica: _____

_____ de _____ de _____
(dia) (mês) (ano)