

澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
社會工作局
Instituto de Acção Social

“關於收養申請人的醫學報告”
Relatório Médico do Requerente à Adopção

“關於收養申請人的醫學報告”（下稱醫學報告）是作為收養申請人向社會工作局根據十月二十五日第65/99/M號法令第一百三十九條要求，對收養申請人提出的有關收養申請作出研究及決定的所需文件。

而收養申請人可在社會工作局的網站（www.ias.gov.mo）下載或親臨社會工作局轄下的兒童及青少年服務處（澳門巴掌圍斜巷19號南粵商業中心10樓）索取本醫學報告。

醫學報告可在收養申請人住址所屬的衛生中心或鏡湖醫院進行評估。另外，處理有關文件需時，請預留足夠時間辦理。

O Relatório Médico do Requerente à Adopção, adiante designado por Relatório Médico, é um documento exigido ao candidato a adoptante para que o Instituto de Acção Social (IAS) possa proceder ao estudo da pretensão e proferir a respectiva decisão, nos termos do artigo 139.º do Decreto-Lei n.º 65/99/M, de 25 de Outubro.

O impresso para o Relatório Médico encontra-se disponível na página electrónica do IAS (www.ias.gov.mo), podendo também para a sua obtenção o candidato a adoptante deslocar-se à Divisão de Serviços para Crianças e Jovens do IAS (Calçada de Santo Agostinho, n.º19, Nan Yue Commercial Centre, 10.º andar, Macau).

Para a obtenção do Relatório Médico, o candidato a adoptante pode dirigir-se ao centro de saúde da área da sua residência ou ao Hospital Kiang Wu para a realização da respectiva avaliação. Tendo em conta o tempo necessário para tratar do referido documento, agradece-se que o requerente proceda ao seu tratamento com antecedência.

Macao Special Administrative Region Government

Social Welfare Bureau

“The Medical Report of the Adoption Applicant”

According to the provision of the Article 139 in Decree No. 65/99/M of 25 October, the adoption applicant should submit “The Medical Report of the Adoption Applicant”(the medical report) to the Social Welfare Bureau for evaluation and decision of the adoption application.

The medical report can be downloaded from the SWB website (www.ias.gov.mo) or obtained from the Children and Youth Services Division under the SWB (Calçada de Santo Agostinho, n.º 19, Nan Yue Commercial Centre, 10.º andar, Macau)

The Medical Report shall be assessed at the Health Centre where the applicant’s address is applicable or Kiang Wu Hospital. In view of the need to process the relevant documents, it is advisable to arrange enough time to conduct the medical report.

Note: The English translation is for reference only. In case of any discrepancy in meaning between this English version and the original Chinese or Portuguese versions. The Chinese and Portuguese versions shall prevail.

關於收養申請人的醫學報告

Relatório Médico do Requerente à Adopção

完成醫學報告之註釋

Nota para o Preenchimento do Relatório Médico

1. 本醫療報告的目的是為了在最大可能的範圍內評估收養申請人在現時及未來，無論在身體上及精神上是否適合承擔收養父母的責任來照顧被收養小孩之需要。

O presente Relatório Médico é elaborado para avaliar, no máximo possível, a aptidão física, mental e emocional do requerente à adopção para assumir, quer no presente, quer no futuro, as responsabilidades de pais adoptivos.

2. 本醫療報告會供法院作為有關收養申請的判決參考。

O presente Relatório Médico é feito para servir de referência ao Tribunal na sua decisão sobre o pedido de adopção.

3. 請將本醫療報告放入密封信封交回給申請人。

Por favor, devolver o presente Relatório Médico em envelope fechado ao requerente.

4. 本醫療報告需用藍色墨水筆/原子筆以**端正字體**填寫。

Por favor, preencher o presente Relatório Médico com caneta/esferográfica de tinta azul e **com letras perceptíveis**.

申請人姓名: _____ 性別: _____ 出生日期: _____
Nome: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: _____

住址: _____
Morada: _____

專業上, 你認識申請人有多久?
Profissionalmente, há quanto tempo conhece o requerente? _____

曾進行多少次面談/治療?
Quantas entrevistas/sessões de terapia foram efectuadas? _____

第一部份：個人歷史

1.ª Parte: História Pessoal

- (1) 請指示曾出現之病症/病史及其意見: 有 沒有
- Por favor, indicar as doenças que o requerente contraiu/
história clínica e comentário: Sim Não
- (a) 傳染病 Doenças infecto-contagiosas _____
- (b) 慢性疾病(尤其是心血管疾病、腫瘤、呼吸道疾病、血液病、糖尿病、腎病、神經系統疾病等)
Doenças crónicas (sobretudo, doenças cardio-vasculares, tumores, doenças das vias respiratórias, doenças sanguíneas, diabetes, doenças renárias, doenças neurológicas, etc.) _____
- (c) 精神疾病或障礙 Doença ou disfunção mental _____
- (d) 嚴重創傷 Traumatismo grave _____
- (e) 肢體缺失/功能障礙 Perda/Deficiência da função dos membros _____
- (f) 過往手術或入院紀錄
Foi submetido a intervenção cirúrgica ou hospitalizado _____

備註: (倘申請人曾出現上述疾病或情況, 請指出有關疾病或情況發生之日期、治療方法及進展)

Observações: (No caso de o requerente ter sofrido de alguma das doenças acima mencionadas, é favor indicar a data em que ocorreu e o tratamento efectuado e o seu progresso) _____

- (2) 申請人曾因任何的精神、心理或行為異常問題(例如情緒低落，失眠，精神混亂)影響其社交生活或工作超過兩週或以上：

Os problemas de natureza emotiva, psíquica ou de desvio comportamental (i.e. estar abatido, sofrer de insónias, ou confusão psíquica) afectaram alguma vez a vida social ou profissional do candidato, com uma duração igual ou superior a duas semanas?

有 沒有
Sim Não

- (3) 若前題答“有”，具體問題怎樣?是否曾經接受過任何治療：

Caso a resposta à pergunta anterior seja afirmativa, quais foram esses problemas? O candidato submeteu-se a qualquer tratamento?

- (4) 申請人有否長期使用以下物質? 如有, 請給予意見。

O requerente consome a longo prazo as seguintes substâncias? Caso afirmativo, comente, por favor.

- 酒精 Álcool _____瓶或罐/天 garrafa(s) ou lata(s) por dia 種類 Tipo _____
- 煙草 Tabaco _____支/天 unidade por dia
- 精神科藥物 Substâncias psicotrópicas 種類 Tipo _____
- 其他 Outras _____

備註 Observações : _____

第二部份：家庭病史

2.ª Parte: História Familiar

申請人的家族有否家族性遺傳病及可能影響申請人現在或未來健康狀況的家族病史？

A família do requerente tem doenças hereditárias ou outras doenças que tenham maior incidência sobre a mesma família que ameaçam ou venham a ameaçar a saúde do requerente?

有 沒有
Sim Não

如答“有”，請說明情況：

Caso afirmativo, é favor indicar：

第三部份：生育歷史

3.ª Parte: História da Procriação

有沒有與生育歷史相關的問題,影響申請人作出收養兒童的決定？

Existem ou não problemas relacionados com a procriação que o requerente vai tomar em consideração na sua decisão sobre a adoção?

有 沒有
Sim Não

如答“有”，請說明情況：

Caso afirmativo, é favor indicar：

第四部份：最近三個月進行的檢查結果

4.ª Parte: Os resultados dos exames e análises feitas nos últimos três meses

(1) 身高(厘米) Altura (cm) _____

體重(公斤) Peso (quilo) _____

體重指數 (BMI) _____

(2) 下列哪項存在不正常情況, 請予描述。

Em qual das alíneas existem irregularidades? É favor descrevê-las.

(a) 心血管系統 Sistema cardiovascular : _____

血壓 Pressão sanguínea : _____

(b) 呼吸系統 Sistema respiratório : _____

(c) 消化系統 Aparelho digestivo : _____

(d) 神經系統 Sistema nervoso : _____

(e) 眼及視力 Vista e capacidade visual : _____

左眼 Olho esquerdo (OE): _____

右眼 Olho direito (OD) : _____

(f) 色覺 Percepção das cores:

正常 Normal

色弱 Anomalia

色盲 Daltonismo

(g) 耳及聽覺 Ouvidos e capacidade auditiva:

左耳 Ouvido esquerdo: 正常 Normal 弱聽 Audição fraca 聾 Surdez

右耳 Ouvido direito: 正常 Normal 弱聽 Audição fraca 聾 Surdez

(h)皮膚/粘膜 Pele/Mucosas : _____

(i) 血液及淋巴系統 Sistemas sanguíneo e linfático : _____

(j)生殖泌尿系統 Sistema geniturinário : _____

尿液分析 Análise de urina:

尿糖 Glucose na urina: 陽性 positivo / 陰性 negativo

尿蛋白 Extracção de prote ína: 陽性 positivo / 陰性 negativo

其他成份 Outros componentes: _____

(k)病毒血清學檢查 Análise soro-viológica:

HbsAg _____ LFT (Teste de função hepática) _____

Anti-HBS _____ HIV _____

VDRL _____ 其他 Outros _____

(L)影像學檢查 Exame imagiológico :

胸片 Raio-X de tórax : _____

其他 Outros : _____

(3) 四肢、骨骼及肌肉檢查 Exame dos membros, ossos e músculos : _____

第五部份：其它

5.ª Parte: Outros

(1) 根據目前對申請人的認識，申請人有沒有本問卷未有提及的其他身體、精神或心理問題：

Segundo o seu conhecimento actual, o candidato sofre de outros problemas físicos, ps íquicos ou psicológicos não referidos no presente inquérito?

有 沒有

Sim

Não

如答“有”，請列出 Caso a resposta seja afirmativa, é favor indicar quais:

第六部份：醫生總結

6ª. Parte: Conclusão do médico

(1) 申請人之身體狀況?

Qual é o estado de saúde do requerente?

良好 Bom 一般 Regular 欠佳 Mau

(2) 精神狀態:

Qual é o estado psíquico?

良好 Bom 一般 Regular 欠佳 Mau

(3) 被收養的小孩至成年期間, 申請人有沒有任何可預見的或可能發生的疾病或傷殘會影響申請人照顧被收養小孩之能力?

O requerente venha a sofrer de alguma doença ou deficiência que afecte a sua capacidade de prestar cuidados à criança adoptada até ela chegar à maioridade?

(4) 總體上評估申請人的健康狀況及其趨勢,你認為申請人適合收養小孩嗎?

Fazendo uma avaliação global do estado de saúde do requerente e da sua evolução, acha que o requerente é a pessoa adequada para ser adoptante?

適合 Adequada
 暫不適合 Por enquanto não é a pessoa adequada
 不適合 Não é a pessoa adequada

備註 Observações : _____

(5) 申請人知曉本報告的內容嗎？如不知曉，請給意見：

O requerente está ciente do conteúdo deste relatório? Caso negativo, queira dar as suas opiniões:

檢查日期:

Data: _____

醫生簽名:

Assinatura do médico: _____

醫院/衛生中心蓋印:

Carimbo de Hospital/Centro de Saúde:

醫生姓名(請用正楷填寫):

Nome do médico (Com letras perceptíveis):

專業資格和執業編號:

Categoria e N.º de Inscrição Profissional:

醫院/衛生中心地址: _____

Endereço do Hospital/Centro de Saúde: _____

聯絡電話:

N.º de telefone: _____