ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: ……

Identificación del caso para el declarante: ……

Fecha de la primera declaración del caso[1]: ..... / ..... / .....

Tipo de servicio clínico inicial[2] (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Centro de atención primaria
- ☐ Centro de ITS extrahospitalario
- ☐ Consulta de atención al embarazo
- ☐ Consulta de ginecología
- ☐ Consulta medicina interna/infecciosas
- ☐ Centro comunitario u ONG
- ☐ Consulta de planificación familiar
- ☐ Centro de ITS hospitalario
- ☐ Consulta dermatología
- ☐ Consulta de urología
- ☐ Servicio de urgencias
- ☐ Centro penitenciario

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... **Edad en meses en menores de 2 años**: .....

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: …… **C.A. de residencia:** ……

Provincia de residencia: …… **Municipio de residencia:** ……

Código postal de residencia: ……

País de nacimiento: …… **Año de llegada a España**: ……

Embarazo: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso[3]**:** ..... / ..... / ..... **Presencia de síntomas:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de inicio de síntomas[4]**:** ..... / ..... / .....

Manifestación clínica (Rellenar solo en el caso de presentar síntomas. Marcar todas las opciones que corresponda):

- ☐ Fiebre
- ☐ Cefalea
- ☐ Exantema anogenital
- ☐ Astenia
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Linfadenopatías generalizadas

☐ Exantema oro-bucal ☐ Linfadenopatías localizadas

☐ Dolor muscular ☐ Exantema otras localizaciones (excluyendo anogenital o bucal)

Fecha de aparición del exantema: ..... / ..... / .....

Complicaciones a lo largo de todo el proceso: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Tipo de complicaciones (marcar todas las que correspondan):

☐ Infecciones bacterianas secundarias ☐ Úlcera bucal

☐ Infección de la córnea ☐ Miocarditis/miopericarditis

☐ Bronconeumonía ☐ Proctitis

☐ Encefalitis/Meningoencefalitis ☐ Otras. Especificar: .....

☐ Sepsis

Hospitalización[5]**:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Fecha de alta: ..... / ..... / .....

Ingreso en UCI: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: ..... / ..... / .....

Fecha de alta en UCI: ..... / ..... / .....

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

Agente causal[6]**:** ☐ Virus mpox (MPXV)

Clado: ☐ Clado I ☐ Clado II

☐ Subclado Ia ☐ Subclado IIa

☐ Subclado Ib ☐ Subclado IIb

Muestra (marcar todas las opciones de muestra con resultado positivo):

☐ Líquido vesicular ☐ Exudado rectal

☐ Lesiones cutáneas ☐ Exudado uretral

☐ Exudado faríngeo ☐ Otras muestras. Especificar: .....

Prueba (marcar las pruebas en las muestras con resultado positivo):

☐ PCR específica de MPXV ☐ PCR sin especificar tipo

☐ PCR *Orthopoxvirus* ☐ Secuenciación

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR: ……..

Identificación de muestra en el LNR: ……..

Identificador de la secuencia en GISAID: ……..

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso (en los 21 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas):

☐ En la C.A. de residencia[7]

☐ En una C.A. distinta de la de residencia[8]

☐ En un país distinto de España[9]

País de la exposición del caso[10]: ……

C.A. de la exposición del caso[10]: ……

Provincia de la exposición del caso[10]: ……

Municipio de la exposición del caso[10]: ……

Exposición de riesgo en los 21 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (marcar todas las que procedan):

☐ Exposición ocupacional en **entorno sanitario/socio-sanitario** (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)

☐ Exposición ocupacional en **entorno no sanitario/ no socio-sanitario**

☐ Exposición en **entorno familiar**

☐ Exposición ocupacional en **entorno escolar**

☐ Exposición **no sexual** en **lugares de ocio**

☐ Exposición **sexual** en **lugares de ocio**

☐ Asistencia a **eventos multitudinarios** de riesgo para la adquisición de mpox

En caso afirmativo Especificar evento y ciudad [evento1]- [ciudad1]|[evento2]-[ciudad2]|…|[eventoN]-[ciudadN]

☐ **Contacto estrecho** de un caso (probable o confirmado) de mpox (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo)

Contacto con un animal previo a la fecha de inicio de síntomas:

☐ No ☐ Sí, roedor doméstico ☐ Sí, roedor salvaje

☐ Sí ☐ Sí, otro animal doméstico ☐ Sí, cualquier otro animal salvaje

Ha tenido **relaciones sexuales** con (marcar todas las que correspondan):

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No contesta

Mecanismo de transmisión más probable[11]**:**

☐ Transmisión desde un animal ☐ Transmisión sexual

☐ Asociado a cuidados sanitarios (profesional) ☐ Transfusión

☐ Transmisión en laboratorio (profesional) ☐ Otros mecanismos

☐ Madre-hijo durante el embarazo o en el parto ☐ Desconocido

☐ Persona a persona (excluye: madre-hijo, asociada a cuidados sanitarios profesionales y transmisión sexual)

Factores predisponentes[12] (marcar todas las opciones que corresponda):

☐ Usuario de prostitución ☐ Ejercicio de la prostitución

☐ Usuario de Chemsex ☐ Parejas sexuales múltiples

Usuario de Profilaxis Pre-Exposición frente al VIH (PrEP)[13]**:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Infección/Enfermedad concurrente[14] (marcar todas las opciones que corresponda):

☐ Sífilis ☐ Infección por *Chlamydia trachomatis*

☐ Infección gonocócica ☐ Herpes genital

☐ Condiloma acuminado ☐ Hepatitis A

☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

☐ Pediculosis ☐ *Molluscum contagiosum*

☐ Escabiosis ☐ Linfogranuloma venéreo

Antecedentes personales de interés:

Infección por el VIH: ☐ Sí ☐ No

Otras causas de Inmunosupresión: ☐ Sí ☐ No. Especificar: ……

DATOS DE VACUNACIÓN

¿Ha sido vacunado de viruela (antes de 2022)? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

¿Ha sido vacunado de mpox en el contexto actual? ☐ Sí ☐ No. Especificar: ……

Nº de dosis: ☐ 1 dosis ☐ 2 dosis ☐ No sabe/No consta

Fecha de primera dosis: ..... / ..... / .....

Fecha de última dosis: ..... / ..... / .....

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio epidemiológico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones)**:**

☐ Probable ☐ Confirmado

Asociado a brote: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del brote: ……

C.A. de declaración del brote[15]: ……

OBSERVACIONES[16]

……

---

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizadas desde el nivel local).
2. Tipo de servicio clínico inicial: Indique el primer dispositivo donde el caso acudió para realizarse la evaluación diagnóstica
3. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de inicio de síntomas o fecha más temprana entre fecha de diagnóstico, fecha de toma de muestra o fecha de primera declaración del caso.
4. Fecha de inicio de síntomas: Si el caso no presenta síntomas, la fecha de inicio de síntomas se dejará en blanco.
5. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
6. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
7. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define al caso autóctono, aquel caso que adquirió o se expuso al riesgo de enfermar en la misma C.A. en la que reside.
8. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si el caso adquirió o se expuso al riesgo de enfermar en una C.A. distinta a la que reside.
9. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si el caso adquirió o se expuso al riesgo de enfermar en un país distinto de España en los 21 días previos a la fecha de inicio de síntomas. Se asimila a la variable “importado” .
10. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco. El país de la exposición se refiere a estancia en un país distinto a España en los 21 días anteriores al inicio de síntomas.
11. Mecanismo de transmisión más probable: Si se indica exposición ocupacional de riesgo en entorno sanitario/socio sanitario, el mecanismo de trasmisión más probable debería ser “asociado a cuidados sanitarios (profesional)” o “transmisión en laboratorio (profesional)”.
12. Factores predisponentes: Factores referidos a los últimos 21 días o que están relacionados con el episodio actual de mpox.
13. Usuario de Profilaxis Pre-Exposición frente al VIH (PrEP): Referido a estar en un programa de PrEP en los 12 meses previos al episodio actual de mpox.
14. Infección/Enfermedad concurrente: Cualquier otra infección y/o enfermedad que es identificada en el proceso de diagnóstico de mpox.
15. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
16. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.