**Anexo 1. Cuestionario de caso confirmado de MPX. Actualizado a fecha 22/08/2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN** | | | |
| **Comunidad Autónoma declarante:** | | | |
| **Identificador del caso para el declarante:** | | | |
| **Fecha de la primera declaración del caso 1:**      /     / | | | |
|  | | | |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | | |
| **Identificadores del Paciente**       .  **Fecha de nacimiento:**      /     / | | | |
| **Edad:**      **Edad en meses (en menores de 2 años)**  **Sexo:** Hombre  Mujer | | | |
| **Sexo al nacimiento**: Hombre  Mujer | | | |
| **Lugar de residencia:** | | | |
| **País:**      . | | | **C. Autónoma:** |
| **Provincia:** | | | **Municipio:** |
| **País de nacimiento:** | | |  |
|  | | |  |
| **DATOS DE LA ENFERMEDAD** | | | |
|  | | | |
| **Fecha del caso (** Fecha de inicio de síntomas o fecha más temprana entre fecha de diagnóstico, fecha de muestra) :      /     /  **Fecha de inicio de síntomas** (indicar la del primer síntoma que aparezca)      /     / | | | |
| **Manifestaciones clínicas a lo largo de todo el proceso** (marcar al menos una de las opciones)**:**  Asintomático | | | |
| Fiebre  Astenia  Dolor de garganta | | Dolor muscular  Cefalea  Linfadenopatías generalizadas  Linfadenopatías localizadas | |
| Complicaciones **a lo largo de todo el proceso** (marcar las opciones que correspondan):  Infecciones bacterianas secundarias,  especificar localización y microorganismo: [loca1]-       [micro1]|      …|[locaN]      -[microN]  Infección de la córnea | | | |
| Bronconeumonía  Encefalititis/Meningoencefalititis  Sepsis  Úlcera bucal  Otras  Especificar otras: | | | |
| **Hospitalización 2:** Sí No  **Fecha de ingreso en Hospital:      /     /**  **Fecha de alta hospitalaria**:      /     / | | | |
| **Ingreso en UCI:** Sí  No  **Fecha de ingreso en UCI:**      /     /  **Fecha de alta en UCI**:      /     / | | |  |
| **Defunción:** Sí  No  **Fecha de defunción**:      /     / | | |  |
|  | | | |
| **DATOS DE LABORATORIO** | | | |
| **Fecha de toma de muestra:**      /     / | | | |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** (fecha del primer resultado concluyente):      /     / | | | |
| **Agente causa: virus mpox**  **Clado:** Clado I  Clado II  Subclado Ia  Subclado IIa  Sublcado Ib  Subclado IIb  **Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):** | | | |
|  | | | |
| Líquido vesicular  Muestras de lesiones cutáneas  Otras muestras  Especificar: | | | |
| **Prueba (marcar al menos una de las pruebas con resultado positivo):** | | | |
| PCR específica para virus de Monkeypox  PCR genérica para Orthopoxvirus  PCR sin especificar tipo  Secuenciación | | | |
|  | | | |
| **DATOS DEL RIESGO** | | | |
| **Historia de viaje internacional en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas**  No  Sí  Especificar destino/s (País):  **Importado 3:** Sí  No  **Posibles exposiciones de riesgo en los 21 días anteriores a FIS:**   1. **Exposición ocupación de riesgo en entorno sanitario/sociosanitario** (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)   No  Sí   1. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno no sanitario/sociosanitario**   No  Sí     1. **Exposición en el entorno familiar**   No  Sí   1. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno escolar (**por ejemplo, colegios, guarderías, etc**)**   No  Sí   1. **Exposición no sexual en lugares de ocio (excluye eventos multitudinarios)**   No  Sí   1. **Es contacto estrecho de un caso (probable o confirmado) de MPX (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo)**   No  Sí   1. **Ha tenido contacto con un animal con una enfermedad de causa no filiada en los 21 días anteriores al inicio de síntomas:**   No  Sí, roedor doméstico  Sí, otro doméstico  Sí; roedor salvaje  Sí, cualquier otra salvaje   1. **Ha tenido relación es sexuales con:** (marcar todas las que correspondan)   Hombre  Mujer  NS/NC   1. **Relaciones sexuales en lugares de ocio:**   No  Sí , lugar público  Sí , lugar privado   1. **Asistencia a eventos multitudinarios:**   No  Sí  **Especificar evento y ciudad**: [evento1]- [ciudad1]|[evento2]-[ciudad2]|…|[eventoN]-[ciudadN]   1. **Relaciones sexuales en el contexto del evento:**   No  Sí  **Mecanismo de transmisión más probable:**  **Transmisión desde un animal**  **Asociado a cuidados sanitarios (**profesional)  **Transmisión en laboratorio (**profesional**)**  **Madre-hijo durante el embarazo**  **Otros mecanismos**  **Persona a persona (**excluye: madre – hijo, asociada a cuidados sanitarios profesionales y transmisión sexual**)**  **Transmisión sexual**  **Transfusión**  **Desconocido** | | | |
| **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 en la infancia?  No  Sí  ¿Ha sido vacunado de mpox en el contexto del actual brote?  No  Sí  Especificar  Nº de dosis: 1 dosis  2 dosis  Ns/NC  Fecha primera dosis: **/     /**  Fecha segunda dosis:      /     /    **OTRA INFORMACION**  **Ha tenido contacto con una mascota tras FIS:**  No ha tenido contacto  Sí, con perro  Sí, con gato  Sí; con roedores  Sí, con otras mascotas  Especificar:  La mascota, ¿presenta síntomas compatibles con la enfermedad?  No  Sí | | | |
| **CLASIFICACION DEL CASO**  Confirmado  **Asociado a brote**  Sí  No | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | |
|  | | |  |
|  | | | |
| 1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).  2. Ha estado hospitalizado en algún momento por esta enfermedad Estancia de al menos una noche en el hospital.  3. Importado: El caso es importado si el país en el que se ha producido la exposición del caso es diferente de España. | | | |