**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[ ] OtrasEspecificar 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.  |