

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante:

.....

Identificador del caso para el declarante:

.....

Fecha de la primera declaración del caso ¹: / /

Identificación del caso en SiViES:.....

Fecha de declaración del caso a nivel estatal : .../.../....

DATOS DEL PACIENTE

Identificadores del Paciente (*especificados en el metadata*):

CIP-SNS: CIPA: DNI/NIE: Pasaporte:

Fecha de nacimiento: / /

Edad: Edad en meses (en menores de 2 años)

Sexo (sexo administrativo):

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 FDiag, FMuestra o FDeclaración): ----/----/----

Fecha de inicio de síntomas (indicar la del primer síntoma que aparezca) / /

Manifestaciones clínicas a lo largo de todo el proceso (marcar las que correspondan):

Asintomático

Fiebre

Astenia

Dolor de garganta

Dolor muscular

Cefalea

Linfadenopatías generalizadas

Linfadenopatías localizadas

Exantema anogenital

Exantema oral-bucal

Exantema en otras localizaciones (excluyendo anogenital o bucal)

Fecha de aparición del exantema /

/.....

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
- Encefalitis/Meningoencefalitis
- Sepsis
- Úlcera bucal
- Otra. Especificar: _____

Hospitalización²: 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 causal: virus mpox

- Clado: Clado I Clado II
 Subclado Ia Subclado IIa
 Subclado Ib Subclado IIb

Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

- Líquido vesicular
 - Lesiones cutáneas
 - Otras muestras
- Especificar:

Prueba (marcar al menos una de las pruebas con resultado positivo):

- PCR específica de virus monkeypox
- PCR 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): _____

Importado³: Sí No

Posibles exposiciones de riesgo en los **21 días anteriores** a FIS:

1. Exposición ocupacional de riesgo en entorno sanitario (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)

- No
Sí

2. Exposición ocupacional de riesgo en entorno no sanitario/socio-sanitario

No
Sí

3. Exposición ocupacional de riesgo en entorno familiar

No
Sí

4. Exposición ocupacional de riesgo en entorno escolar (por ejemplo, colegios, guarderías, etc)

No
Sí

5. Exposición no sexual en lugares de ocio

No
Sí

6. Es contacto estrecho de un caso (probable o confirmado) de MPX (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo)

No
Sí

7. Ha tenido contacto con un animal previo a FIS:

No
 Sí, roedor doméstico
 Sí, otro doméstico
 Sí, roedor salvaje
 Sí, cualquier otro salvaje

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

Hombre
Mujer
NS/NC

9. Relaciones sexuales en lugares de ocio

No
Sí, lugar privado
Sí, lugar público

10. Asistencia a eventos multitudinarios:

No
Sí **Especificar evento y ciudad:** [evento1]- [ciudad1]||[evento2]-[ciudad2]||...|[eventoN]-
[ciudadN]

11. 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 de primera dosis: / /

Fecha de última dosis: / /

OTRA INFORMACIÓN

Ha tenido contacto con una mascota tras FIS:

No ha tenido contacto con mascota

Sí, con gatos

Sí, con perro

Sí, con roedores

Sí, con otras mascotas. Especificar: _____

¿La mascota presenta síntomas compatibles de enfermedad?

No

Sí



CLASIFICACION DEL CASO

Confirmado

Asociado a brote:

Sí No

Identificación del brote:

C. Autónoma de declaración del brote:

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.