**Anexo 1. Cuestionario de caso confirmado de MPX. Actualizado a fecha 16/06/2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |
| **Lugar de residencia:** | | | | |
| **País:**      . | | | | **C. Autónoma:** |
| **Provincia:** | | | | **Municipio:** |
| **País de nacimiento:** | | | |  |
|  | | | |  |
| **DATOS DE LA ENFERMEDAD** | | | | |
|  | | | | |
| **Síntomas: SÍ**  **No**  **Fecha de inicio de síntomas** (indicar la del primer síntoma que aparezca)      /     /  **Asociado a brote**: **SÍ**  **No**  **En caso afirmativo, número de brote:** | | | | |
| **Manifestaciones clínicas a lo largo de todo el proceso** (marcar al menos una de las opciones)**:** | | | | |
| 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:      /     /  No consta (mientras se recaba la información) | | | | |
|  | | |  | |
|  | | | | |
|  | |  | | |
| 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  Úlcera bucal  Sepsis  Encefalititis/Meningoencefalititis  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):      /     / | | | | |
| **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 sin especificar  PCR específica para virus de Monkeypox  PCR genérica para Orthopoxvirus  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. **Es contacto estrecho de un caso (probable o confirmado) de MPX**   No  Sí   1. **Exposición ocupacional de riesgo** (entorno sanitario: pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)   No  Sí     1. **Exposición ocupacional de riesgo** (entorno no sanitario/socio-sanitario: por ejemplo, colegios, guarderías, etc)   No  Sí       1. **Exposición en el entorno familiar**   No  Sí   1. **Exposición (no sexual) en entrono de ocio (excluye eventos multitudinarios)**   No  Sí       1. **Exposición no ocupación en ámbito escolar (incluye colegios, guarderías)**   No  Sí   1. **Ha tenido relación es sexuales con:** (marcar todas las que correspondan)   Hombre  Mujer  NS/NC   1. **Relaciones sexuales en lugares de ocio públicos o privados (excluyendo eventos multitudinarios)**   No  Sí , lugar público  Sí , lugar privado     1. **Asistencia a eventos multitudinarios:**   No   Sí  **Especificar evento y ciudad**: [evento1]- [ciudad1]|[evento2]-[ciudad2]|…|[eventoN]-[ciudadN]  **Relaciones sexuales en el contexto del evento:**  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  **Mecanismo de transmisión más probable:**  **Transmisión desde un animal**  **Asociado a cuidados sanitarios (profesional)**  **Transmisión en laboratorio (profesional)**  **Madre-hijo durante el embarazo**  **Contacto estrecho persona a persona (excluye: madre-hijo, asociada a cuidados sanitarios profesionales y transmisión sexual)**  **Transmisión sexual**  **Transfusión**  **Otros mecanismos**  **Desconocido**  **¿Tiene mascotas con las que ha tenido contacto estrecho tras FIS (marcar lo que proceda, respuesta múltiple)?**  No  Sí, con perro  Sí, con gato  Sí; con roedores  Sí, con otros animales  Especificar:  La mascota, ¿presenta síntomas compatibles con la enfermedad?  No  Sí | | | | |
| **ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS** | | | | |
| **VIH positivos:** Sí  No  Otras causas de Inmunosupresión: Sí  No  Especificar  **Vacunado con anterioridad a FIS, con alguna dosis de viruela (marcar lo que corresponda; respuesta múltiple):**  No  Sí, vacuna de viruela en la infancia  Sí, vacuna en el contexto del brote actual  Fecha de vacunación: **/     /** (1º dosis)  Fecha de vacunación:      /     /      (2º dosis)  Desconocido | | | | |
|  | | | | |
| 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. | | | | |
|  | | | | |