**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a: [vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha encuesta** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Encuestador**  **Lugar de trabajo** |  |
|  |
| **Fecha primera notificación** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Médico que notifica** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** | |  | | | | | | | | | | |
| **CIPA/NHC/NIF** | |  | | | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | |  | | **Edad** | |  | **Género** | | Varón | | Mujer | Otro |
| **Domicilio** |  | | | | | | | **Localidad** | |  | | |
| **Concejo** |  | | **Teléfono** | |  | | | | | **Área Sanitaria** | |  |
| **País de nacimiento** |  | | **Año llegada a España** | |  | | | | | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha del caso** | Haga clic aquí para escribir una fecha.  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Fecha de inicio de síntomas** |  | | |
| **Clínica** | Fiebre  Astenia  Dolor de garganta  Dolor muscular  ☐ Exantema anogenital  ☐ Exantema oral-bucal  ☐ Exantema en otras localizaciones: | | Cefalea  ☐ Linfadenopatías generalizadas  ☐ Linfadenopatías localizadas  Fecha inicio exantema  Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| **Complicaciones a lo largo de todo el proceso** | | |  | |
| ☐ Infecciones bacterianas secundarias, *especificar localización y microorganismo:*  ☐ Infección de la cornea  ☐ Bronconeumonía  ☐ Úlcera bucal | | |  | |
| **Hospitalizado** | Sí  No | Fecha ingreso  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Hospital: |
| **Ingreso en UCI** | Sí  No | Fecha ingreso UCI  Haga clic aquí para escribir una fecha. | |  |
| **Defunción** | Sí  No | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de toma de muestra | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| Fecha de diagnóstico de laboratorio | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| **Agente causal** | | MPXV | | | |
| **Tipo de muestra** | | | Liquido vesicular  Muestras lesiones cutáneas  Frotis faríngeo  Exudado nasofaríngeo |  | |
| Otras muestras.  *Especificar* |  | |
| **Prueba** | | PCR sin especificar  ☐ PCR específica para MPXV  ☐ PCR genérica para Orthopoxvirus   |  | | --- | | Secuenciación | | | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia | | | | No  Sí | Nº Referencia: |
|  | | | |  |  |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viaje internacional durante 21 días antes FIS** | | Sí  No | |
| Lugar del viaje | |
| **País** |  | | |  |
| Fecha  de ida | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Fecha  de vuelta | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Importado** | Sí  No |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Es contacto estrecho de un caso (probable o confirmado) de MPOX** | | | | | |
| No  Sí | | | | | |
| 1. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno sanitario**: pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra | | | | | |
| No  Si | *En caso afirmativo, indica lugar* | |  | | |
| 1. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno no (socio)sanitario**: colegios, guarderías, … | | | | | |
| No  Si | *En caso afirmativo, indica lugar* | |  | | |
| 1. **Exposición en entorno familiar** | | | | | |
| No  Sí | | | | | |
| 1. **Exposición (no sexual) en entorno de ocio** (excluye eventos multitudinarios) | | | | | |
| No  Si | *En caso afirmativo, indica lugar* | |  | | |
| 1. **Exposición no ocupacional en ámbito escolar** (incluye guarderías) | | | | | |
| No  Si | *En caso afirmativo, indica lugar* | |  | | |
| 1. **Ha tenido relaciones sexuales con** | | | | | |
| Hombre  Mujer ☐ NS/NC | | | | | |
| 1. **Relaciones sexuales en entornos de lugares de ocio públicos o privados** (excluyendo eventos multitudinarios) | | | | | |
| No  Si, lugar público  Si, lugar privado | | | | *Indica lugar* |  |
| 1. **Asistencia a eventos multitudinarios** | | | | | |
| No  Si, *Especificar evento y ciudad* | |  | | | |
| Relaciones sexuales en el contexto del evento ☐ Sí ☐ No | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 1. **Ha tenido contacto con un animal con una enfermedad de causa no filiada en los 21 días anteriores al inicio de síntomas** | | | No  Si, roedor doméstico  Si, otro doméstico  ☐ Si, roedor salvaje  ☐ Si, cualquier otro salvaje *Especificar animal* |  | | | | | | |

**Mecanismo de transmisión más probable**

|  |
| --- |
| Transmisión desde un animal  ☐ Asociada a cuidados sanitarios o sociosanitarios (profesional)  Transmisión en laboratorio (profesional)  Transmisión madre-hijo en el embarazo  Contacto estrecho persona a persona  *Excluye: madre-hijo, asociada a cuidados sanitarios profesionales y transmisión sexual*  Transmisión sexuall  ☐ Transfusión  Desconicido  Otro mecanismo, *especificar:* |

**¿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  Otro: | La mascota, ¿presenta síntomas compatibles con la enfermedad?  No  Sí |

**ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIH positivo** | No  Si | |
| **Inmunodepresión** | ☐ No ☐ Si *Especificar* |  |

**Vacunado, con anterioridad a FIS, con alguna dosis** (marcar lo que corresponda; respuesta múltiple):

|  |
| --- |
| No |
| Sí, Vacuna de viruela e la infancia |
| Si, vacuna en el contexto del brote actual   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Fecha 1ª dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Fecha 2ª dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Desconocido |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** | ☐ Sospechoso  Probable  Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Criterio clínico | Sí  No | | |
| Criterio epidemiológico | Sí  No | | |
| Criterio laboratorio | Sí  No | | |
| **Asociado a brote** | Sí  No | | |
| Identificador del brote |  | C. Autónoma de declaración del brote |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20