**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a: 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 localizadasFecha inicio exantemaHaga 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 ingresoHaga clic aquí para escribir una fecha. | Hospital:  |
| **Ingreso en UCI** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha ingreso UCIHaga 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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20