**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 primera notificación** | **Médico que notifica** |  |
| Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Lugar de trabajo** |  |
| **Teléfono** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nº ASTU** |  | | | | | | **NIF** | | | | |  | | | | | **NHC** | | |
| **Fecha de nacimiento** | | | / / | | | | | **Edad** | | |  | | | **Género** | Varón | | | | Mujer | | Otro |
| **Domicilio** | |  | | | | **Código Postal** | | | |  | | | **Localidad** | | |  | | | | | |
| **Concejo** | |  | | | **Teléfono** | | | |  | | | | | | | **Área Sanitaria** | | | |  | |
| **Ocupación** | |  | | | **Centro de estudio/trabajo** | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **País de nacimiento** | | |  | | | | | | | **Año llegada a España** | | | | | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio de síntomas** | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | |
| **Clínica** | Asintomático  Fiebre  Astenia  Dolor de garganta  ☐ Exantema anogenital  ☐ Exantema oral-bucal  ☐ Exantema en otras localizaciones, especificar: | | | | Dolor muscular  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  ☐ Encefalitis/Meningoencefalitis  ☐ Sepsis  ☐ Úlcera bucal  ☐ Otra, especificar: | | | |  | | | |
|  | | | |
| **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 | | | | | |
| Clado | | Clado I | | | Clado II |
|  | | Subclado Ia | | | Subclado IIa |
|  | | Subclado Ib | | | Subclado IIb |
| **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 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 | | | | | |

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

**ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIH positivo** | No  Si | |
| **Otra causa de Inmunodepresión** | ☐ No ☐ Si *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 |
| Si   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Fecha 1ª dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Fecha 2ª dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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