

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE MONKEYPOX

Dados de hospitalização e tratamento

46 Ocorreu hospitalização? 1. Sim, devido as necessidades clínicas 2. Sim, para propósitos de isolamento 3. Não 9. Ignorado

47 Data da internação _____ 48 O paciente foi para a UTI? 1. Sim 2. Não

49 UF da hospitalização _____ 50 Município da hospitalização _____ Código IBGE _____

51 CNES do hospital _____ Nome do hospital _____

52 Tratamento para Monkeypox
 1. Tecovirimat 5. Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido
 2. Brincidofovir 6. Não, sem tratamento antiviral
 3. Cidofovir 7. Outro(s), especifique: _____
 4. Não informado

Dados laboratoriais diagnósticos para Monkeypox (qPCR)

53 Existe coleta de amostra laboratorial? 1. Sim 2. Não 54 Data de coleta _____

55 Tipo de amostra
 1. Swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudato, de mais de uma erupção)
 2. Crosta da erupção cutânea 6. Urina
 3. Swab orofaríngeo 7. Swab retal
 4. Soro 8. Swab genital
 5. Sêmen 9. Outro(s), especifique: _____

56 Método laboratorial
 1. MPX PCR (positivo para Monkeypor poxvírus - específico PCR) 5. Sequenciamento
 2. Sorologia 6. Next Generation Sequencing (NGS)
 3. Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR) 7. Outro, especifique: _____
 4. Sanger

57 Resultado do exame laboratorial 1. Detectável 2. Inconclusivo/indeterminado 3. Não detectável 4. Pendente

58 Se detectável, valor do CT _____ 59 Caracterização genômica 1. Sim 2. Não 9. Ignorado

60 Se caracterização genômica sim, clado
 1. WA = clado da África Ocidental 3. Outro, especifique _____
 2. CB = clado da Bacia do Congo

61 Se caracterização genômica sim, número de adesão _____

Resultado diagnóstico complementar

62 Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar 1. Sim 2. Não 63 Data de coleta _____

64 Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares 1. Sim 2. Não 3. Aguardando resultados

65 Varicela/Herpes zoster
 1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente
 2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

66 Herpes simples
 1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente
 2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

67 Infecções bacterianas de pele
 1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente
 2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

68 Sífilis primária ou secundária
 1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente
 2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

69 Linfogranuloma venéreo
 1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente
 2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

70 Cancróide

1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente

2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

71 Molusco contagioso (Poxvírus)

1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente

2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

72 Infecção gonocócica disseminada

1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente

2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

73 Granuloma inguinal

1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente

2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

74 Reação alérgica

1. Confirmado clinicamente 3. Descartado clinicamente 5. Confirmado laboratorialmente

2. Descartado laboratorialmente 4. Não realizado 6. Aguardando resultado

75 Especifique quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular

76 Comportamento sexual

1. Relações sexuais com homens

2. Relações sexuais com mulheres

3. Relações sexuais com homens e mulheres

77 Parcerias múltiplas

1. Sim

2. Não

9. Ignorado

78 O paciente é imunossuprimido?

1. Sim - devido alguma doença. Descreva: _____

2. Sim - devido à medicação 3. Sim - causa desconhecida 4. Não 9. Ignorado

79 O paciente é HIV positivo

1. Sim

2. Não

9. Ignorado

80 Se paciente HIV positivo, contagem das células CD4

81 O paciente está com alguma IST ativa?

1. Sim

2. Não

9. Ignorado

82 Qual(ais) IST(s)?

1. Clamídia 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 11. Trichomonas vaginalis

2. Gonorreia 7. Mycoplasma genitalium 12. Verruga genital

3. Herpes genital 8. Sífilis 13. Doença inflamatória pélvica (DIP)

4. Cancro mole (cancróide) 9. HPV 14. Outras, especifique: _____

5. Donovanose 10. Infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV)

83 Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?

1. Sim, devido à vacinação prévia não relacionada ao evento atual 4. Não

2. Sim, pré-exposição profilática para o evento atual 9. Ignorado

3. Sim, pós-exposição profilática para o evento atual

84 Data da vacina

_____|_____|_____

85 Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de Monkeypox?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

86 Data da exposição

_____|_____|_____

87 Houve contato físico direto, incluindo sexual, com desconhecido/a(s) e/ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

88 Data do contato físico

_____|_____|_____

89 Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum com caso provável ou confirmado de Monkeypox, os 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

90 Data do contato íntimo

_____|_____|_____

91 País

92 Se ocorreu no Brasil, em qual UF? _____

93 Se ocorreu no Brasil, em qual município? _____

94 Qual foi o local do contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox?

1. Domicílio 4. Creche/Escola 7. Evento social com contato sexual
 2. Vizinhança 5. Posto de saúde/Hospital 8. Outra, especifique: _____
 3. Trabalho 6. Evento social sem contato sexual 9. Ignorado

95 Detalhamentos da exposição

96 Qual o nome do contato?

97 Qual o (DDD) telefone do contato?

() | | | | | | | | | |

98 O paciente viajou com os sintomas relatados?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

99 Houve contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

100 O paciente é trabalhador de saúde que não fez uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

101 A doença em investigação tem relação com o trabalho?

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado

102 Nome da empresa/empregador

103 Forma provável de transmissão

1. Do animal para o homem 6. Transmissão sexual
 2. Transmissão via uso de drogas intravenosas e transfusão 7. Contato com material contaminado (ex: roupas, lençóis e objetos)
 3. Associado ao cuidado de saúde 8. Desconhecida
 4. Transmissão vertical (mãe-filho) 9. Outro, especifique: _____
 5. Transmissão em laboratório, devido a exposição profissional

104 Se transmitido do animal para o homem, com qual animal teve contato

1. Pets: cão, gato 4. Roedor silvestre
 2. Pets roedores 5. Outro, especifique: _____
 3. Animal silvestre (excluído roedores silvestres) _____

105 O caso tem vínculo epidemiológico com caso provável ou confirmado de Monkeypox?

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

106 Classificação final

1. Confirmado (laboratorialmente) 2. Descartado 3. Provável

107 Data de conclusão da investigação

| | |

108 Evolução do caso

1. Óbito por Monkeypox 2. Cura 3. Óbito por outra causa 9. Ignorado

109 Data de evolução

| | |

Informações complementares e observações