

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?		54 Data de coleta
☐ 1. Sim ☐ 2. Não	____/____/____	
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		63 Data de coleta
☐ 1. Sim ☐ 2. Não	____/____/____	
64 Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares		
☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Aguardando resultados		
65 Vacicela/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 Cancroide ☐ 1. Confirmado clinicamente ☐ 2. Descartado laboratorialmente ☐ 3. Descartado clinicamente ☐ 4. Não realizado ☐ 5. Confirmado laboratorialmente ☐ 6. Aguardando resultado		
71 Molusco contagioso (Poxvírus) ☐ 1. Confirmado clinicamente ☐ 2. Descartado laboratorialmente ☐ 3. Descartado clinicamente ☐ 4. Não realizado ☐ 5. Confirmado laboratorialmente ☐ 6. Aguardando resultado		
72 Infecção gonocócica disseminada ☐ 1. Confirmado clinicamente ☐ 2. Descartado laboratorialmente ☐ 3. Descartado clinicamente ☐ 4. Não realizado ☐ 5. Confirmado laboratorialmente ☐ 6. Aguardando resultado		
73 Granuloma inguinal ☐ 1. Confirmado clinicamente ☐ 2. Descartado laboratorialmente ☐ 3. Descartado clinicamente ☐ 4. Não realizado ☐ 5. Confirmado laboratorialmente ☐ 6. Aguardando resultado		
74 Reação alérgica ☐ 1. Confirmado clinicamente ☐ 2. Descartado laboratorialmente ☐ 3. Descartado clinicamente ☐ 4. Não realizado ☐ 5. Confirmado laboratorialmente ☐ 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 a 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. Clamídea ☐ 2. Gonorréia ☐ 3. Herpes genital ☐ 4. Cancro mole (cancroide) ☐ 5. Donovanose ☐ 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) ☐ 7. Mycoplasma genitalium ☐ 8. Sífilis ☐ 9. HPV ☐ 10. Infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV) ☐ 11. Trichomonas vaginalis ☐ 12. Verruga genital ☐ 13. Doença inflamatória pélvica (DIP) ☐ 14. Outras, especifique: 		

83 Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)? ☐ 1. Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual ☐ 2. Sim, pré-exposição profilática para o evento atual ☐ 3. Sim, pós-exposição profilática para o evento atual ☐ 4. Não ☐ 9. Ignorado		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 d
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
 ☐ 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