

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DE CASOS PROBABLES Y CONFIRMADOS DE VIRUELA SÍMICA (VIRUELA DEL MONO, MONKEYPOX)			
DATOS BÁSICOS DEL CASO PROBABLE			
Nombre del paciente:			
Tipo de documento:		Numero de ID:	
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer			
EDAD:	Notificación al evento 900: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Departamento:	Municipio:
Fecha de notificación: dd/mm/aaaa			
Residencia:		Nombre de la institución:	
Ocupación (incluyendo si es trabajador de la salud):			
CARACTERIZACIÓN DEL CASO PROBABLE			
F. INICIO SINTOMAS (PRÓDROMO): dd/mm/aaaa	FECHA INICIO FIEBRE: dd/mm/aaaa	FECHA APARICIÓN EXANTEMA: dd/mm/aaaa	
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	DISTRIBUCIÓN DEL EXANTEMA	ESTADO DEL EXANTEMA	
<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Astenia o cansancio intenso <input type="radio"/> Cefalea <input type="radio"/> Exantema <input type="radio"/> Linfadenopatías <input type="radio"/> Dolor muscular <input type="radio"/> Dolor de garganta ¿Otro?, ¿especificar?	<input type="radio"/> Cara <input type="radio"/> Planta de los pies <input type="radio"/> Palma de las manos <input type="radio"/> Oculares <input type="radio"/> Piernas <input type="radio"/> Brazos <input type="radio"/> Cavidad oral <input type="radio"/> Lesiones genitales <input type="radio"/> Lesione perianales <input type="radio"/> Pecho <input type="radio"/> Abdomen <input type="radio"/> Espalda	<input type="radio"/> Maculopapular <input type="radio"/> Vesicular <input type="radio"/> Pústula <input type="radio"/> Lesiones umbilicadas <input type="radio"/> Costra <input type="radio"/> Hemorrágica NUMERO DE LESIONES _____	
COMPLICACIONES	HOSPITALIZADO	DEFUNCIÓN	
<input type="radio"/> Infecciones bacterianas <input type="radio"/> Bronconeumonía <input type="radio"/> Úlcera bucal ¿Otra?, ¿especificar?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha de alta hospitalaria dd/mm/aaaa Fecha de ingreso a UCI dd/mm/aaaa Fecha de alta en UCI dd/mm/aaa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha de defunción dd/mm/aaaa	

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN A RIESGO		
HISTORIAL DE VIAJE RECIENTE (EN LOS 5 A 21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Especificar destino: País(es), Ciudad(es): Fecha: dd/mm/aaaa <small>Nota: se puede anexar la figura de línea de tiempo</small>		
EXPOSICIÓN RECIENTE A UN CASO PROBABLE O CONFIRMADO (EN LOS CINCO A 21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Explique:		
ASISTENCIA A EVENTOS MULTITUDINARIOS (FESTIVAL, FIESTAS, CONCIERTOS, OTROS) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Fecha: dd/mm/aaaa Especificar evento y destino: País, Ciudad):		
RELACIÓN Y NATURALEZA DEL CONTACTO CON EL CASO PROBABLE O CONFIRMADO (CUANDO CORRESPONDA) <input type="radio"/> Evento masivo <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Lugar de trabajo <input type="radio"/> Institución educativa <input type="radio"/> Hospitalario* <input type="radio"/> Lugares de culto <input type="radio"/> Exposición en lab*. <input type="radio"/> Transporte público <input type="radio"/> Bares/restaurantes <input type="radio"/> Contactos sexuales Ha tenido relaciones sexuales con: <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres Relaciones sexuales de riesgo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Describa el contexto (Saunas, fiestas, lugares de encuentros sexuales, chemsex**)		
<small>* Sin uso adecuado de EPP</small> <small>** El término 'Chemsex' es la conjunción de las palabras inglesas 'chemical' y 'sex', y hace referencia al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, generalmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH),</small>		
VIH positivo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Vacunado con alguna dosis para la viruela: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		
LABORATORIO		
FECHA DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA dd/mm/aaaa	FECHA DE CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO dd/mm/aaaa AGENTE CAUSAL	MÉTODO DE CONFIRMACIÓN (CUANDO SE HAGA) MUESTRAS RECOLECTADAS <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Líquido vesicular <input type="radio"/> Muestras de lesiones cutáneas

		CARACTERIZACIÓN GENÓMICA (SI DISPONIBLE) ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (LNR) Fecha de envío: dd/mm/aaaa
¿ESTÁ HOSPITALIZADO? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: dd/mm/aaaa	CONDICIÓN FINAL (AL MOMENTO DEL INFORME) <input type="radio"/> Recuperado <input type="radio"/> Fallecido <input type="radio"/> Enfermo
CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO <input type="radio"/> Probable <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado		
INFORMACIÓN ADICIONAL		
<p><i>Realice un relato del inicio de síntomas, progresión de la enfermedad e información adicional que identifique en la entrevista a los padres que considere relevante para la clasificación del caso.</i></p>		

Profesional que realizó la IEC: _____

Fecha: dd/mm/aaaa

Versión 01. 27 de mayo de 2022