

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE MONKEYPOX

Dados de hospitalização e tratamento

46 Ocorreu hospitalização?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim, devido as necessidades clínicas	<input type="checkbox"/> 2. Sim, para propósitos de isolamento	<input type="checkbox"/> 3. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
47 Data da internação		48 O paciente foi para a UTI?
____/____/____		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
49 UF da hospitalização		50 Município da hospitalização
____		____
51 CNES do hospital		Código IBGE
____		____
Nome do hospital		
____		
52 Tratamento para Monkeypox		
<input type="checkbox"/> 1. Tecovirimat	<input type="checkbox"/> 5. Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido	
<input type="checkbox"/> 2. Brincidofovir	<input type="checkbox"/> 6. Não, sem tratamento antiviral	
<input type="checkbox"/> 3. Cidofovir	<input type="checkbox"/> 7. Outro(s), especifique _____	
<input type="checkbox"/> 4. Não informado		

Dados laboratoriais diagnósticos moleculares para Monkeypox (gPCR)

53 Existe coleta de amostra laboratorial?		54 Data de coleta
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	____/____/____
55 Tipo de amostra		
<input type="checkbox"/> 1. Swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudato, de mais de uma erupção)		
<input type="checkbox"/> 2. Crosta da erupção cutânea	<input type="checkbox"/> 6. Urina	
<input type="checkbox"/> 3. Swab orofaríngeo	<input type="checkbox"/> 7. Swab retal	
<input type="checkbox"/> 4. Soro	<input type="checkbox"/> 8. Swab genital	
<input type="checkbox"/> 5. Sêmen	<input type="checkbox"/> 9. Outro(s), especifique _____	
56 Método laboratorial		
<input type="checkbox"/> 1. MPX PCR (positivo para Monkeypor poxvírus - específico PCR)	<input type="checkbox"/> 5. Sequenciamento	
<input type="checkbox"/> 2. Sorologia	<input type="checkbox"/> 6. Next Generation Sequencing (NGS)	
<input type="checkbox"/> 3. Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR)	<input type="checkbox"/> 7. Outro, especifique _____	
<input type="checkbox"/> 4. Sanger		
57 Resultado do exame laboratorial		
<input type="checkbox"/> 1. Detectável	<input type="checkbox"/> 2. Inconclusivo/indeterminado	<input type="checkbox"/> 3. Não detectável <input type="checkbox"/> 4. Pendente
58 Se detectável, valor do CT		59 Caracterização genômica
____		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
60 Se caracterização genômica sim, clado		
<input type="checkbox"/> 1. WA = clado da África Ocidental	<input type="checkbox"/> 3. Outro, especifique _____	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	____/____/____
64 Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Aguardando resultados
65 Vacicela/Herpes zoster		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
66 Herpes simples		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
67 Infecções bacterianas de pele		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
68 Sífilis primária ou secundária		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
69 Linfgranuloma venéreo		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado

**70** Cancroide

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 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                       6. Linfgranuloma 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 (cancroide)                       9. HPV                       14. Outras, especifique: \_\_\_\_\_

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

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

1. Sim, devido a 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 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