PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE "MPX"

(Adaptado a RENAVE)

Remitir a vigilancia@dgsanita.caib.es (versión 08/08/2022)Es una PRIMERA NOTIFICACIÓN Es una AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN *Variables cuyas modificaciones se han de comunicar

Cumplimentar sólo identificación del caso, del declarante y modificaciones

Identificación nominal del caso **DATOS DEL DECLARANTE**Identificación Lugar de trabajo (detallar centro, unidad, servicio,...) Fecha de declaración **DATOS DEL ENFERMO**¿Era contacto en seguimiento? Sí No CIP DNI Nombre Apellido 1 Apellido 2 Fecha nacimiento Edad: años meses (si < 2 años)Hombre Mujer Domicilio en Baleares Municipio Correo electrónico Teléfono Centro de salud que tiene asignado País o Comunidad Autónoma de procedencia

(si residencia habitual no es Baleares)

Fecha de llegada Fecha de llegada **DATOS CLÍNICOS Síntomas**No Sí Fecha inicio síntomas Fecha inicio exantema **Clínica**Fiebre Astenia Odinofagia Mialgias Cefalea Exantema ano-genital otras localizaciones Linfadenopatía generalizada Linfadenopatías localizadas oral-bucal ***Complicaciones**Infecciones bacterianas secundarias detallar Sepsis Encefalitis/Meningoencefalitis Infección de la córnea Bronconeumonía Úlcera bucal ***Hospitalización** por MPX No Sí Fecha Centro Fecha alta Ingreso en UCI No Sí Fecha Centro Fecha alta ***Evolución**Pendiente Curación Defunción Fecha **LABORATORIO**¿Se ha iniciado envío-gestión muestras para confirmación? No Sí Otras pruebas positivas que han permitido descartar el caso Muestra de líquido vesicular Fecha recogida Pendiente Negativa Positiva Fecha resultado Muestra lesión piel **DATOS DE RIESGO. POSIBLES ÁMBITOS DE EXPOSICIÓN en los 21 días anteriores al inicio de síntomas (marcar lo que proceda)**No Sí Viaje fuera de España Especificar país Viaje a otra Comunidad Autónoma Especificar Es contacto estrecho de un caso confirmado Identificación del caso Lugar de contacto Exposición ocupacional de riesgo Entorno sanitario-sociosanitario Otros Especificar tipo exposición e identificación lugar Exposición en entorno familiar Exposición no sexual en entornos de ocio

Relaciones sexuales con: (marcar ambas si procede)

Hombre Mujer NS/NC Si procede, identificar lugar/evento Relaciones sexuales en contexto de riesgo Saunas Fiestas Encuentros anónimos Otros contextos Asistencia a eventos multitudinarios Lugar-fecha

Relaciones sexuales en contexto del evento

No Sí **Mecanismo de transmisión más probable**Madre-hijo durante el embarazo Desde animal Transfusión **Tiene mascotas con las que ha tenido contacto estrecho tras inicio de síntomas** Asociado a cuidados sanitarios (profesional) En laboratorio (profesional) Desconocido Otro contacto directo persona-persona Transmisión sexual **OTROS ANTECEDENTES**VIH Positivo Otras causas de inmunodepresión

Vacunación con alguna dosis de viruela

Desconocido No Sí, en la infancia Sí, en contexto del brote actual Núm. de dosis Fecha 1 Fecha 2 *** CATEGORIA DE CASO**Caso descartado Caso confirmado Importado o Extracomunitario Comunidad Autónoma o País de adquisición Caso autóctono Caso en investigación **OBSERVACIONES**