

## FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO

Dados da Notificação	UF da notificação	Município da notificação	Código IBGE
	Código CNES	Estabelecimento de saúde	
Dados do indivíduo	1 Data da notificação	2 Cadastro de Pessoa Física (CPF)	3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS)
	4 É estrangeiro (a)? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	5 Se sim, passaporte	6 País de nascimento
	7 Nome completo (sem abreviações)		8 Nome social
	9 Nome completo da mãe (sem abreviações)		10 Data de nascimento
	11 Idade <input type="checkbox"/> 1. Hora <input type="checkbox"/> 2. Dia <input type="checkbox"/> 3. Mês <input type="checkbox"/> 4. Ano	12 Sexo ao nascimento <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Intersexo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
	13 Orientação sexual <input type="checkbox"/> 1. Heterossexual <input type="checkbox"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 4. Outra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	14 Identidade de gênero <input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	16 Se Indígena, qual etnia? _____		
	17 Se Indígena, vive aldeado? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	18 Nome do distrito sanitário especial _____		
	19 Nome do polo base _____		
	20 Nome da aldeia _____		
	21 É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? _____		
	23 Gestante <input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	24 Escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. Educação Infantil <input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	25 Ocupação		Código (CBO)
	26 Atividade econômica		Código (CNAE)
	27 Pessoa em situação de rua? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		28 Profissional de saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
29 Pessoa privada de liberdade? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		30 Pessoa com deficiência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
31 CEP de residência	32 UF de residência	33 Município de residência	
34 Bairro		35 Logradouro	
37 Complemento		36 Código IBGE	
39 Zona <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		38 Telefone de contato ( ) _____ - _____	
40 País de residência			

41 Doenças/agravos notificados (possibilidade de múltiplas inserções)

1. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

42 Sinais e sintomas (possibilidade de múltiplas inserções)

MedDRA - Ilt	Código LLT				
<input type="checkbox"/> Assintomático	00000001	<input type="checkbox"/> Edema no pescoço	10028834	<input type="checkbox"/> Melena	10027141
<input type="checkbox"/> Abscesso	10000269	<input type="checkbox"/> Edema nos membros	10060442	<input type="checkbox"/> Meningismo	10027197
<input type="checkbox"/> Adenite	10001137	<input type="checkbox"/> Edema peniano	10066774	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite	10027282
<input type="checkbox"/> Adenomegalia	10063721	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar agudo	10001024	<input type="checkbox"/> Mialgia	10028411
<input type="checkbox"/> Aerofobia	10080300	<input type="checkbox"/> Enterorragia	10077615	<input type="checkbox"/> Mialgia agravada	10048317
<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	10056436	<input type="checkbox"/> Epistaxe	10015090	<input type="checkbox"/> Microcefalia	10027534
<input type="checkbox"/> Agressividade	10001494	<input type="checkbox"/> Equimose	10014080	<input type="checkbox"/> Miocardite	10028606
<input type="checkbox"/> Anemia	10002034	<input type="checkbox"/> Erupção cutânea	10040841	<input type="checkbox"/> Movimentos anormais	10028039
<input type="checkbox"/> Anorexia	10002646	<input type="checkbox"/> Escarro sanguinolento	10041804	<input type="checkbox"/> Movimentos reduzidos	10028045
<input type="checkbox"/> Anúria	10002847	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	10041660	<input type="checkbox"/> Náusea	10028813
<input type="checkbox"/> Apnéia	10002972	<input type="checkbox"/> Estupor	10042264	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	10059385
<input type="checkbox"/> Arritmia	10003119	<input type="checkbox"/> Exantema	10015585	<input type="checkbox"/> Necrose isquêmica da pele	10074873
<input type="checkbox"/> Artralgia	10003239	<input type="checkbox"/> Febre	10016558	<input type="checkbox"/> Oligúria	10030302
<input type="checkbox"/> Artrite	10003246	<input type="checkbox"/> Febre intermitente	10058698	<input type="checkbox"/> Opistótono	10030898
<input type="checkbox"/> Astenia	10003549	<input type="checkbox"/> Febre recorrente	10038300	<input type="checkbox"/> Osteocondrite	10031230
<input type="checkbox"/> Aumento do fígado	10024676	<input type="checkbox"/> Fontanela aumentada	10054068	<input type="checkbox"/> Palidez	10033546
<input type="checkbox"/> Baço aumentado	10041637	<input type="checkbox"/> Força muscular anormal	10082799	<input type="checkbox"/> Paralisia	10033558
<input type="checkbox"/> Boca seca	10013781	<input type="checkbox"/> Fotossensibilidade	10034966	<input type="checkbox"/> Parestesia	10033775
<input type="checkbox"/> Bubões	10006519	<input type="checkbox"/> Fraqueza	10047862	<input type="checkbox"/> Perturbação da coordenação respiratória de sugar-engolir	10086396
<input type="checkbox"/> Calafrios	10008531	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular	10028350	<input type="checkbox"/> Peso diminuído	10047895
<input type="checkbox"/> Cansaço	10043890	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular do pescoço	10078993	<input type="checkbox"/> Petéquia	10034752
<input type="checkbox"/> Catarata	10007739	<input type="checkbox"/> Frequência cardíaca diminuída	10019301	<input type="checkbox"/> Proctite	10036774
<input type="checkbox"/> Cefaléia	10019211	<input type="checkbox"/> Gânglios inchados	10042720	<input type="checkbox"/> Prostração	10036985
<input type="checkbox"/> Celulite	10065339	<input type="checkbox"/> Glaucoma congênito	10010486	<input type="checkbox"/> Pseudoparalisia	10056300
<input type="checkbox"/> Choque	10040560	<input type="checkbox"/> Hematêtese	10018830	<input type="checkbox"/> Pulso irregular	10022994
<input type="checkbox"/> Choro neonatal anormal	10049455	<input type="checkbox"/> Melena	10027141	<input type="checkbox"/> Pulso rápido	10037484
<input type="checkbox"/> Cianose	10011703	<input type="checkbox"/> Hematúria	10018867	<input type="checkbox"/> Púrpura	10037549
<input type="checkbox"/> Coma	10010071	<input type="checkbox"/> Hemoptise	10018964	<input type="checkbox"/> Retardo psicomotor	10037213
<input type="checkbox"/> Confusão mental	10027350	<input type="checkbox"/> Hemorragia alveolar pulmonar	10037313	<input type="checkbox"/> Retinopatia pigmentada adquirida	10054881
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	10010675	<input type="checkbox"/> Hemorragia anal	10049555	<input type="checkbox"/> Rigidez abdominal	10000090
<input type="checkbox"/> Conjuntivite	10010741	<input type="checkbox"/> Hemorragia do sistema nervoso central	10072043	<input type="checkbox"/> Rigidez da nuca	10058483
<input type="checkbox"/> Consciência diminuída	10010768	<input type="checkbox"/> Hemorragia gengival	10019544	<input type="checkbox"/> Rigidez dos membros	10024509
<input type="checkbox"/> Constipação	10010774	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	10019582	<input type="checkbox"/> Rinite infecciosa	10059827
<input type="checkbox"/> Contrações musculares involuntárias	10028293	<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	10019847	<input type="checkbox"/> Riso sardônico	10039198
<input type="checkbox"/> Contratura muscular	10062575	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	10019842	<input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio diminuída	10033318
<input type="checkbox"/> Convulsão	10010904	<input type="checkbox"/> Hidrofobia	10053317	<input type="checkbox"/> Sinal de kernig	10056294
<input type="checkbox"/> Coriza	10011214	<input type="checkbox"/> Hiperemia	10020565	<input type="checkbox"/> Sinal de Romana	10077073
<input type="checkbox"/> Cultura bacteriana positiva	10058588	<input type="checkbox"/> Hipotensão	10021097	<input type="checkbox"/> Síndrome da angústia respiratória do adulto	10001409
<input type="checkbox"/> Diarréia	10012727	<input type="checkbox"/> ICC	10007836	<input type="checkbox"/> Sintoma respiratório	10075535
<input type="checkbox"/> Diplopia	10013036	<input type="checkbox"/> Icterícia	10021207	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos	10029291
<input type="checkbox"/> Disartria	10013887	<input type="checkbox"/> Impetigo	10021531	<input type="checkbox"/> Sudorese	10067146
<input type="checkbox"/> Disfagia	10013950	<input type="checkbox"/> Infecção broncopulmonar	10052110	<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica	10070284
<input type="checkbox"/> Disfonia	10013952	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	10046544	<input type="checkbox"/> Temperatura alta	10020083
<input type="checkbox"/> Dispneia	10013963	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	10007554	<input type="checkbox"/> Temperatura corporal diminuída	10005910
<input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico	10019009	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	10022467	<input type="checkbox"/> Tontura	10018263
<input type="checkbox"/> Dor	10000424	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	10016162	<input type="checkbox"/> Tosse	10011224
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	10000081	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória aguda	10001053	<input type="checkbox"/> Tosse paroxística	10066222
<input type="checkbox"/> Dor corporal geral	10048971	<input type="checkbox"/> Lesão anal	10054852	<input type="checkbox"/> Tosse seca	10013773
<input type="checkbox"/> Dor de garganta	10041367	<input type="checkbox"/> Lesão cutânea	10040882	<input type="checkbox"/> Trismo	10024793
<input type="checkbox"/> Dor lombar	10024798	<input type="checkbox"/> Lesão da pele	10061364	<input type="checkbox"/> Uretrite	10046480
<input type="checkbox"/> Dor muscular	10028287	<input type="checkbox"/> Lesão genital	10063630	<input type="checkbox"/> Vertigem	10047340
<input type="checkbox"/> Dor na panturilha	10007031	<input type="checkbox"/> Lesão oral	10059037	<input type="checkbox"/> Visão turva	10005886
<input type="checkbox"/> Dor nas costas	10003978	<input type="checkbox"/> Leucopenia	10024283	<input type="checkbox"/> Vômito	10047700
<input type="checkbox"/> Dor nas costas aguda	10000683	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	10025197	<input type="checkbox"/> Zumbido nos ouvidos	10013996
<input type="checkbox"/> Dor no peito	10000425	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia axilar	10049109	<input type="checkbox"/> Outro, especifique:	00000002
<input type="checkbox"/> Dor ocular	10015958	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada	10069548		
<input type="checkbox"/> Dor retro-orbital	10050741	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia inguinal	10025203		
<input type="checkbox"/> Dor torácica	10008461	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia cervical	10025200		
<input type="checkbox"/> Edema	10014210	<input type="checkbox"/> Manchas vermelhas elevadas generalizadas no tronco	10018094		
<input type="checkbox"/> Edema facial	10014222				

43 Data de início dos sintomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

44 Doenças/agravos relacionados ao trabalho

1. Sim       2. Não       9. Ignorado

45 Doenças/agravos relacionados ao desastre

1. Sim       2. Não       9. Ignorado

## 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 poxvirus - 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 Varicela/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** 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. 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 (cancróide)  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 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 de Monkeypox?

1. Sim                       2. Não

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