

Caso suspeito: Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva* de MPOX, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas

*lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

Caso provável: Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta um OU mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de Mpx não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de Mpx não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico.

- a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- b) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de Mpx nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- c) Contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a com caso provável ou confirmado de Mpx nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- d) Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de Mpx nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

Caso confirmado: caso suspeito com resultado laboratorial "Positivo/Detectável" para Mpx vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

Caso descartado: caso suspeito com resultado laboratorial "Negativo/Não Detectável" para mpx vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento) OU sem resultado laboratorial para MPXV E realizado diagnóstico complementar que descarta mpx como a principal hipótese de diagnóstico.

Exclusão: notificação que não atenda às definições de caso suspeito (anterior e nova).

Perda de seguimento: caso que atenda à definição de caso suspeito e que atenda aos critérios listados abaixo:

- a) Não tem registro de vínculo epidemiológico E
- b) Não realizou coleta de exame laboratorial OU realizou coleta de exame laboratorial mas a amostra foi inviável OU teve resultado inconclusivo E
- c) Não tem oportunidade de nova coleta de amostra laboratorial (30 dias após o início da apresentação de sinais e sintomas)

Diagnóstico diferencial: varicela zoster, herpes zoster, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica e quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular.

Historicamente, há relatos esporádicos de pacientes coinfectados com o vírus Mpx e outros agentes infecciosos, portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser investigados mesmo que outros testes sejam positivos.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI): óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	MPOX		B04	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade		11 Sexo	12 Gestante
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		M – Masculino F – Feminino I – Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua	
1- sim 2- não		1- sim 2- não		
Passaporte		Orientação sexual		
		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		

17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 DISTRITO
20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
28 (DDD) Telefone ()	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
Unidade de Saúde de Referência			

Ocupação	A doença em investigação tem relação com o trabalho? 1- Sim 2-Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	
Nome da empresa/empregador		
O paciente é trabalhador de saúde que não fez uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado		
Foi emitida a CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado	Identidade de gênero 1- Mulher trans. 2- Mulher Cis 3- Travesti 4- Homem trans. 5- Homem Cis 6- Não binário 9- Ignorado	Homens que fazem sexo com homens? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado
Outros comportamentos sexuais 1- Relações sexuais com homens 2- Relações sexuais com mulheres 3- Relações sexuais com homens e mulheres		Parceiras múltiplas 1- Sim 2-Não 9- Ignorado
31 O paciente apresentou algum dos seguintes sinais e sintomas? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado		
<input type="checkbox"/> Apresentou sinais e sintomas? <input type="checkbox"/> Febre de início súbito <input type="checkbox"/> Adenomegalia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Astenia/fraqueza <input type="checkbox"/> Dor Muscular <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Náusea/vômito <input type="checkbox"/> Fotosensibilidade	<input type="checkbox"/> Suor/calafrios <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada <input type="checkbox"/> Linfadenopatia localizada <input type="checkbox"/> Lesão em mucosa (excluindo oral ou região genital/perianal) <input type="checkbox"/> Lesão genital/perianal <input type="checkbox"/> Lesão oral	<input type="checkbox"/> Edema peniano <input type="checkbox"/> Proctite (ex, dor anorretal, sangramento), Outros? _____ <input type="checkbox"/> Erupção cutânea Data do aparecimento das erupções _____ Característica da (s) Lesão (ões)/Erupção (ões) 1- Única 2-Múltiplas 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Genital <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Palma <input type="checkbox"/> Planta dos pés <input type="checkbox"/> Outros locais: _____
Viajou para o exterior nos últimos 21 dias antes de adoecer?		
32 O paciente viajou para o exterior nos últimos 21 dias antes de adoecer? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado		País
Cidade		Qual foi o aeroporto de entrada no Brasil?
Qual foi a data de saída do Brasil?		Qual foi a data de retorno ao Brasil?
Contato com algum caso suspeito, provável ou confirmado?		
33 O paciente teve contato com algum caso suspeito, provável ou confirmado? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado		Em que data?
Onde? 1- Brasil 2-Outros: _____		Em que UF/Estado
Em que Município/Cidade		Qual foi o local do contato com caso suspeito, provável ou confirmado de Mpox?
Qual o nome do contato?		1- Domicílio 2- Vizinhança 3- Trabalho 4- Creche/Escola 5- Posto de Saúde/hospital 6- Outros: _____
Qual o (DDD)telefone do contato?		7- Evento social sem contato sexual 8- Evento social com contato sexual 9- Ignorado
Detalhamento da exposição:		

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	Houve contato com pessoas que viajaram para fora do Brasil nos últimos 21 dias? 1- Sim 2-Não <input type="checkbox"/>		Local (País e cidade)	
	34 O paciente viajou com os sintomas relatados no item 31? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		35 Ocorreu Hospitalização? 1- Sim, devido às necessidades clínicas 2- Sim, para propósitos de isolamento 3-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
	O paciente foi para UTI? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
	Data da Internação	UF	Município/Cidade	Nome do Hospital
	Houve contato íntimo com desconhecido/a(s) e ou parceiro/a(s) casual(is), nos últimos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas? 1- Sim 2-Não <input type="checkbox"/>			
Tratamento para mpox 1- Tecovirimat 2- Brincidofovir 3- Cidofovir 4- Não informado 5- Sim, o nome do medicamento antiviral não é conhecido <input type="checkbox"/> 6- Não, sem tratamento antiviral 7- Outros				
Possui histórico de vacinação para Smallpox? 1- Sim – devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual 2- Sim – pré-exposição profilática <input type="checkbox"/> 3- Sim – pós-exposição profilática para o evento atual 4- Não 9- Ignorado				
Data da Vacina de Smallpox		O paciente é imunodeprimido? 1- Sim, devido alguma doença 2- Sim, devido a medicação 3- Sim, causa desconhecida <input type="checkbox"/> 4- Não 9- Ignorado		
O paciente é HIV positivo? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2-Não 9- Ignorado		Contagem das células CD4		
O paciente apresentou alguma DST? <div> <input type="checkbox"/> O paciente está com DST ativa? <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Clamídia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Gonorreia <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Herpes genital <input type="checkbox"/> Verruga genital <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venéreo (LGV) <input type="checkbox"/> Outra: _____ </div>				
37 Resultado <input type="checkbox"/> 1- Detectável 2- Não detectável 3-Inconclusivo/indeterminado 9- Ignorado		Valor do CT	36 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/> 0- Não coletado 1- swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudado, de mais de uma erupção) 2- Crosta da erupção 3- Swab orofaríngeo 4- Soro 5- Sêmen 6- Urina 7- Swab retal 8- Swab genital 9- Outro: _____ Data de coleta	
38 Tipo de amostra e data de coleta Sangue <input type="checkbox"/> 1- Sim 2-Não 9- Ignorado		Data de coleta		
39 Critério Utilizado 1- Confirmado Clinicamente 2- Descartado Clinicamente 3- Confirmado Laboratorialmente 4- Descartado Laboratorialmente 5- Não realizado <div> <input type="checkbox"/> Varicela/Herpes Zoster <input type="checkbox"/> Molusco Contagioso (Poxvírus) <input type="checkbox"/> Herpes Simples <input type="checkbox"/> Infecção Gonocócica Disseminada <input type="checkbox"/> Infecções Bacterianas da Pele <input type="checkbox"/> Granuloma Inguinal <input type="checkbox"/> Sífilis Primária ou Secundária <input type="checkbox"/> Reação alérgica <input type="checkbox"/> Linfogranuloma Venéreo <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Cancroide <input type="checkbox"/> Outro: _____ </div>				
40 Classificação final 1- Confirmado (laboratorialmente) 2- Descartado <input type="checkbox"/> 3- Provável 4- Suspeito 5- Perda de segmento		42 Evolução do caso 1- Ignorado 2- Cura 3- Óbito por Mpox <input type="checkbox"/> 4- Óbito por outra causa		Data do Óbito
Data do Encerramento				
CONCLUSÃO	OBSERVAÇÃO:			
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	