

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 anorrectal, 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 Mpox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de Mpox 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 Mpox 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 Mpox 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 Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

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

Caso descartado: caso suspeito com resultado laboratorial "Negativo/Não Detectável" para mpox vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento) OU sem resultado laboratorial para MPXV E realizado diagnóstico complementar que descarta mpox 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, cancróide, 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 Mpox 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	Agravo/doença MPOX		
3	Código (CID10) B04		
4	UF	5	Município de Notificação
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		
7	Código Data do Diagnóstico		
8	Nome do Paciente		
9	Data de Nascimento		
10	(ou) Idade	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11 Sexo M – Masculino F – Feminino I - Ignorado
12	Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		
13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
14	Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado		
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua	CPF do paciente
1- sim 2- não		1- sim 2- não	Nacionalidade
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	<input type="checkbox"/>																																													
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 <input type="checkbox"/>																																															
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 <input type="checkbox"/>																																																	
31 Foi emitida a CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	32 Identidade de gênero 1- Mulher trans. 2- Mulher Cis 3- Travesti 4- Homem trans. 5- Homem Cis 6- Não binário 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	Homens que fazem sexo com homens? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>																																															
Outros comportamentos sexuais 1- Relações性ais com homens 2- Relações性ais com mulheres 3- Relações性ais com homens e mulheres		Parceiras múltiplas 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>																																															
<p>33 O paciente apresentou algum dos seguintes sinais e sintomas? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apresentou sinais e sintomas?</td> <td><input type="checkbox"/> Suor/calafrios</td> <td><input type="checkbox"/> Edema peniano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febre de início súbito</td> <td><input type="checkbox"/> Dor de garganta</td> <td><input type="checkbox"/> Proctite (ex, dor anorrectal, sangramento), Outros? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adenomegalia</td> <td><input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos</td> <td><input type="checkbox"/> Eruption cutânea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cefaléia</td> <td><input type="checkbox"/> Artralgia</td> <td>Data do aparecimento das erupções _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dor nas costas</td> <td><input type="checkbox"/> Tosse</td> <td>Característica da (s) Lesão (ões)/Eruption (ões) <input type="checkbox"/> 1- Única 2-Múltiplas 1- Sim 2-Não 9- Ignorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Astenia/fraqueza</td> <td><input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada</td> <td><input type="checkbox"/> Face</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dor Muscular</td> <td><input type="checkbox"/> Linfadenopatia localizada</td> <td><input type="checkbox"/> Tronco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conjuntivite</td> <td><input type="checkbox"/> Lesão em mucosa (excluindo oral ou região genital/perianal)</td> <td><input type="checkbox"/> Membros inferiores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Náusea/vômito</td> <td><input type="checkbox"/> Lesão genital/perianal</td> <td><input type="checkbox"/> Membros superiores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fotosensibilidade</td> <td><input type="checkbox"/> Lesão oral</td> <td><input type="checkbox"/> Genital</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Anal</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oral</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Palma</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Planta dos pés</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Outros locais: _____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Apresentou sinais e sintomas?	<input type="checkbox"/> Suor/calafrios	<input type="checkbox"/> Edema peniano	<input type="checkbox"/> Febre de início súbito	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Proctite (ex, dor anorrectal, sangramento), Outros? _____	<input type="checkbox"/> Adenomegalia	<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Eruption cutânea	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Artralgia	Data do aparecimento das erupções _____	<input type="checkbox"/> Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Tosse	Característica da (s) Lesão (ões)/Eruption (ões) <input type="checkbox"/> 1- Única 2-Múltiplas 1- Sim 2-Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Astenia/fraqueza	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Dor Muscular	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia localizada	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Lesão em mucosa (excluindo oral ou região genital/perianal)	<input type="checkbox"/> Membros inferiores	<input type="checkbox"/> Náusea/vômito	<input type="checkbox"/> Lesão genital/perianal	<input type="checkbox"/> Membros superiores	<input type="checkbox"/> Fotosensibilidade	<input type="checkbox"/> Lesão oral	<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: _____
<input type="checkbox"/> Apresentou sinais e sintomas?	<input type="checkbox"/> Suor/calafrios	<input type="checkbox"/> Edema peniano																																															
<input type="checkbox"/> Febre de início súbito	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Proctite (ex, dor anorrectal, sangramento), Outros? _____																																															
<input type="checkbox"/> Adenomegalia	<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Eruption cutânea																																															
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Artralgia	Data do aparecimento das erupções _____																																															
<input type="checkbox"/> Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Tosse	Característica da (s) Lesão (ões)/Eruption (ões) <input type="checkbox"/> 1- Única 2-Múltiplas 1- Sim 2-Não 9- Ignorado																																															
<input type="checkbox"/> Astenia/fraqueza	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada	<input type="checkbox"/> Face																																															
<input type="checkbox"/> Dor Muscular	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia localizada	<input type="checkbox"/> Tronco																																															
<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Lesão em mucosa (excluindo oral ou região genital/perianal)	<input type="checkbox"/> Membros inferiores																																															
<input type="checkbox"/> Náusea/vômito	<input type="checkbox"/> Lesão genital/perianal	<input type="checkbox"/> Membros superiores																																															
<input type="checkbox"/> Fotosensibilidade	<input type="checkbox"/> Lesão oral	<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: _____																																															
<p>34 Viajou para o exterior nos últimas 21 dias antes de adoecer?</p> <p>35 O paciente viajou para o exterior nos últimas 21 dias antes de adoecer? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>36 País</p>																																																	
<p>37 Cidade</p> <p>38 Qual foi o aeroporto de entrada no Brasil?</p>																																																	
<p>39 Qual foi a data de saída do Brasil?</p> <p>40 Qual foi a data de retorno ao Brasil?</p>																																																	
<p>41 Contato com algum caso suspeito, provável ou confirmado?</p> <p>42 O paciente teve contato com algum caso suspeito, provável ou confirmado? 1- Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>43 Em que data?</p>																																																	
<p>Onde? 1- Brasil 2-Outros: _____</p> <p>44 Em que UF/Estado</p>																																																	
<p>Em que Município/Cidade</p> <p>45 Qual foi o local do contato com caso suspeito, provável ou confirmado de Mpox?</p>																																																	
<p>Qual o nome do contato?</p> <p>1- Domicílio 2- Vizinhança 3- Trabalho 4- Creche/Escola 5- Posto de Saúde/hospital 6- Outros: _____ 7- Evento social sem contato sexual 8- Evento social com contato sexual 9- Ignorado <input type="checkbox"/></p>																																																	
<p>Qual o (DDD)telefone do contato?</p>																																																	
<p>46 Detalhamento da exposição:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																	

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

DADOS LABORATORIAIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CONCLUSÃO

INVESTIGADOR

Houve contato com pessoas que viajaram para fora do Brasil nos últimos 21 dias?
1- Sim 2-Não

Local (País e cidade)

34 O paciente viajou com os sintomas relatados no item 31?
1- Sim 2-Não 9- Ignorado

35 Ocorreu Hospitalização?1- Sim, devido às necessidades clínicas 2- Sim, para propósitos de isolamento 3-Não 9- Ignorado

O paciente foi para UTI?

1- Sim 2-Não 9- Ignorado

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

Tratamento para mpox

1- Tecovirimat 2- Brincidofovir 3- Cidofovir 4- Não informado 5- Sim, o nome do medicamento antiviral não é conhecido
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
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
4- Não 9- Ignorado

O paciente é HIV positivo?

1- Sim 2-Não 9- Ignorado

Contagem das células CD4

O paciente apresentou alguma DST?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> O paciente está com DST ativa? | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Gonorréia | <input type="checkbox"/> Trichomomas vaginalius |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Verruga genital |
| <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venéreo (LGV) | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

36 Tipo de Amostra0- 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

37 Resultado1- Detectável 2- Não detectável
3-Inconclusivo/indeterminado 9- Ignorado

Valor do CT

Método de Sequenciamento

1- Sanger 2- Next Generation Sequencing (NGS)
3- MPX PCR (positivo para mpox poxvirus – específico PCR) 4- Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR) 5- Sequenciamento 6- Sorologia 8- Outros **38** Tipo de amostra e data de coletaSangue 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

- | | |
|---|--|
| <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: _____ |

40 Classificação final1- Confirmado (laboratorialmente) 2- Descartado
3- Provável 4- Suspeito 5- Perda de segmento **42** Evolução do caso1- Ignorado 2- Cura 3- Óbito por Mpx
4- Óbito por outra causa Data do Óbito

Data do Encerramento

OBSERVAÇÃO:

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura