

Definiciones de caso: Consultar el siguiente link

<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/subsistema-de-vigilancia-zoonoticas/viruela-del-mono/>

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN:

1. Fecha de notificación: ___/___/___ 2. Fecha de investigación: ___/___/___ 3. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____
 4. RSS/RIS(Red de Salud): _____ 5. Microred: _____ 6. EESS: _____
 7. Inst. Adm.: MINSA EsSalud FF.AA/Sanidad Privado
 8. Servicio de ingreso/CERITS donde se identificó el caso: _____

II. DATOS DEL PACIENTE:

9. Apellidos y nombres: _____ 10. N° DNI/CE/PASS/PTP/Otro: _____
 11. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 12. Edad: Años Meses Días 13. N° celular: _____
 14. Sexo al nacer: Masculino Femenino 15. Población específica: HSH Mujer transgénero Privado de la libertad Personal de salud
 Trabajador(a) sexual Otro (especifique): _____
 16. Orientación sexual: Heterosexual Bisexual Homosexual Otra: _____
 17. Etnia / Raza: Mestizo Andino ==>> Pueblo étnico: _____ Asiático descendiente Afro descendiente
 Indígena amazónico ==>> Pueblo étnico: _____ Otro: _____
 18. Ocupación: Sin ocupación Empleado Obrero Independiente (especifique) _____
 Estudiante FF.AA. Fuerza Policial Personal de salud (especifique) _____
 Otro: _____ No aplica (menores de 3 años, jubilados, privado de libertad)
 19. Lugar de trabajo o estudio: _____
 20. Gestante: Sí No 21. N° de semanas de gestación: _____
 22. Puérpera: Sí No
 23. Domicilio actual: _____ 24. Referencia del dom: _____
 25. Distrito: _____ 26. Provincia: _____
 27. Departamento: _____ 28. Nacionalidad: _____ 29. Tiempo de residencia (en extranjeros): _____

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN Y EXPOSICIÓN:

30. ¿ En los últimos 21 días antes del inicio del sarpullido (exantema), viajó? Sí No

N°	País	Departamento	Fecha de salida	Fecha de retorno

31. En los últimos 21 días antes del inicio del sarpullido (exantema), asistió a alguno de los siguientes lugares:
 Discoteca Sauna Bar Club sexual Evento masivo Fiesta EE.SS. Otro: _____ Ninguno
 Nombre: _____

32. En los últimos 21 días antes del inicio del sarpullido (exantema) (marque todas las que apliquen y complete pregunta N°33)

Tuvo relaciones sexuales con desconocido(a) o parejas múltiples. En EE.SS.manipuló material contaminado de caso probable o confirmado VM (ropa, sábana, material lab.)
 Tuvo relaciones sexuales con trabajador(a) sexual Se realizó algún procedimiento médico o de laboratorio, ¿cuál? _____
 Tuvo relaciones sexuales con su pareja (con exantema o lesiones) Se realizó un tatuaje, piercing, acupuntura
 Tuvo relaciones sexuales con su pareja (sin molestias clínicas) Compartió jeringas por uso de sustancias psicoactivas endovenosas
 Tuvo contacto con personas con exantemas o lesiones en piel Otros _____
 Brindó cuidados de un caso probable o confirmado de VM en domicilio Ninguno

33. En los últimos 21 días antes del inicio del sarpullido (exantema), ¿ha tenido algún tipo de exposición con caso probable o confirmado de VM?

Sí No Desconocido

N°	Apellidos y nombre	Parentesco/vínculo	Celular	Doc. identidad	Coloque el N° según tipo de exposición*	Lugar de exposición
1						
2						

Tipo de exposición (opción múltiple) : 1. Por contacto íntimo (RS) 2. Exposición a material o superficies contaminadas 3. Por exposición a lesiones o fluidos corporales o contacto cara a cara (<2metros) sin adecuado uso de EPP 4. Accidente punzocortante 5. Transmisión placentaria 6. Otro

34. ¿Tiene contacto directo y frecuente con animales?

Sí No

Si la respuesta es Sí, especifique: Perro Gato Mono Aves Roedores Otros: _____

IV. CONTACTOS DIRECTOS (personas con las que tuvo contacto desde 04 días antes del inicio del sarpullido (exantema) hasta la caída total de costras y renovación de piel)

35. Número de contactos directos:
 Parejas sexuales: _____ Domiciliarios (sin considerar parejas sexuales): _____ Extradomiciliarios (sin considerar parejas sexuales): _____

• Registre los contactos identificados:

N°	Apellidos y nombre	Parentesco/vínculo	Celular	Doc. identidad	Grupo de población*
1					
2					
3					
4					

* Con mayor probabilidad de complicación: Gestante, puérpera, recién nacido, niños <8años, adultos mayores y personas de cualquier edad con inmunodepresión por enfermedad o medicación, o con enfermedad que afecte integridad de piel.

• A los contactos directos identificados, complete el Formato de censo y seguimiento de contactos, que incluya además las siguientes variables : dirección, edad, sexo, ocupación, último día de exposición del caso.

V. ANTECEDENTES:

36. Estado inmunológico deprimido: Sí No Desconocido Si respondió Sí, especificar:
 Por enfermedad (especifique): _____
 Por medicación (especifique): _____

37. Infección VIH: Sí No Desconocido Si respondió Sí, especificar:
 Fecha de diagnóstico: ____/____/____ Recibe TAR: Sí No
 Último recuento CD4: _____ Fecha ____/____/____

38. Infecciones de transmisión sexual (ITS) en los últimos 12 meses: Sí No Desconocido
 Si respondió Sí, especificar:
 Chlamydia Gonorrea Herpes genital Sifilis Verrugas genitales Otros: _____
 (considerar diagnósticos sindrómicos)

39. ¿Se presenta en el momento de esta atención alguna de las ITS anteriormente mencionadas? Sí No Desconocido

40. Comorbilidades: No Tuberculosis COVID-19 Otros especifique): _____
 Fecha de diagnóstico: ____/____/____ Fecha de diagnóstico: ____/____/____

41. Para los nacidos hasta 1978, ¿se evidencia en extremidad superior cicatriz por vacuna variólica? Sí No Desconocido

42. Recibió vacuna contra la viruela: Sí No Desconocido
 (desde el 2022, verificado con carnet o sistema de registro digital)
 Dosis 1: Fecha de vacunación: ____/____/____ País de vacunación: _____
 Dosis 2: Fecha de vacunación: ____/____/____ País de vacunación: _____

43. Antecedente de relaciones sexuales en los últimos 6 meses: Solo con hombres Solo con mujeres Con ambos sexos Desconocido

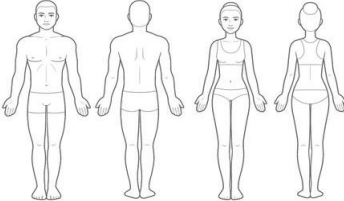
44. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses: N° mujeres: _____ N° hombres: _____
 ¿Utilizó alguna red social o aplicativo de citas para concretar el encuentro sexual? Sí, ¿cuál? _____ No

VI. CUADRO CLÍNICO:

45. Fecha de inicio de síntomas (FIS): ____/____/____ 46. S.E. 47. Fecha de inicio del exantema agudo: ____/____/____

48. Signos y síntomas:
 Fiebre (>38,5°C) Escalofríos efalea Astenia Mialgia Dolor de espalda Dolor de garganta
 Exantema/lesión Linfadenopatía localizada Linfadenopatía generalizada Proctitis (dolor o sangrado anal) Otros: _____
 Lugar: _____

49. Distribución del sarpullido (exantema)/lesión:
 Localizado (en una parte del cuerpo) Generalizado (en varias partes del cuerpo)

50. Coloque en los espacios, la numeración según la secuencia de la aparición del exantema o lesión:
 N° Genital / perianal Oral (boca, labios) Cara Tórax, espalda Abdomen Extremidades superiores Extremidades inferiores Palma de mano

 Marque el número de lesiones presentadas (aprox.)
 1 a 10 lesiones 11 a 25 lesiones 26 a 99 lesiones 100 a más
 Ubique sobre el dibujo los números según la secuencia de la aparición del exantema o lesión

51. Estado de los exantemas en el momento de la evaluación clínica (marcar las opciones que correspondan):
 Mácula (ronchas rojas de base plana) Pápula (roncha roja elevada) Vesícula (ampolla llena de líquidos)
 Pústula (ampolla con pus) Costra

52. Tipo de presentación de los exantemas:
 Presencia de exantema o lesiones en un solo estadio (monomórfico) Presencia de exantema o lesiones en varios estadios (polimórfico)

53. Hospitalizado: Sí No Ingreso hospitalario: ____/____/____ Fecha de egreso hospitalario: ____/____/____
 Hospital: _____ Motivo de ingreso: _____
 Diagnóstico de egreso 1: _____
 Diagnóstico de egreso 2: _____

54. UCI: Sí No Ingreso a UCI: ____/____/____ Hospital: _____ Motivo de ingreso: _____

55. Defunción: Sí No Fecha: ____/____/____ Clasificación: _____ (según Grupo de Trabajo)

56. Alta clínico-epidemiológica Fecha: ____/____/____
 (Considerar el alta hasta la caída total de costras y renovación de piel)

VII. LABORATORIO:

	Fecha de obtención de muestra	Fecha de resultado	Resultado	
57. Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Hisopado de lesión dérmica	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Piel esfacelada o costra	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

VIII. CLASIFICACIÓN DEL CASO:

Sospechoso Probable Confirmado Descartado

IX. OBSERVACIONES:

X. PERSONAL DE SALUD QUIEN LLENA LA FICHA (PREFERENTEMENTE PERSONAL QUE ATIENDE EL PACIENTE) :

58. Apellidos y Nombres: _____
 59. Cargo: _____
 60. Teléfono: _____ Firma y sello _____

XI. PERSONAL DE EPIDEMIOLOGÍA QUIEN REALIZA EL CONTROL DE CALIDAD (GERESA/DIRESA/DIRIS/RED DE SALUD) :

61. Apellidos y Nombres: _____
 62. Teléfono: _____ Firma y sello _____