



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:..... Provincia:..... Departamento:.....
Fecha de notificación: /..... /..... Apellido y nombre del notificador/a:.....
Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: D.N.I. D.E. IND. N° Apellido y Nombre:.....

Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad:

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: Localidad:

Sexo legal: Femenino (F) Masculino (M) No Binario (X) Sexo al nacer: Femenino (F) Masculino (M) Indeterminado

Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Otro

Domicilio: Calle / Manzana: N°..... Piso..... Depto.: Cód. Postal:.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ___/___/___ Fecha de inicio de 1º síntomas (FIS): ___/___/___

Exantemas: NO SI Fecha inicio exantemas: ___/___/___ Proctitis NO SI

Nº de lesiones: Menos de 5 Entre 5 y 20 Más de 20

Tipo de exantema	Ubicación del exantema	Otros signos y síntomas	Comorbilidades
Máculas	Rostro	Fiebre >38,5°	VIH positivo en tratamiento con CV indetectable
Pápulas	Miembro superior	Cefalea	VIH positivo en tratamiento con CV detectable
Vesículas	Miembro inferior	Mialgias	VIH sin tratamiento
Pústulas	Torso	Dolor lumbar	Inmunocomprometido no VIH
Costra	Conjuntivas	Astenia	Embarazo
Otro	Mucosa oral	Linfadenopatía	
	Perianales	Dolor anorrectal	
	Genitales	Sangrado rectal	
	Otro	Tenesmo	

Observaciones/Especificar

Internación

Internado: SI NO Fecha: ___/___/___ UTI: SI NO Fecha ___/___/___

Asistencia Respiratoria Mecánica: SI NO Fecha:

Fallecido: SI NO Fecha: ___/___/___



ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

1. ¿Tuvo contacto reciente, incluido el contacto físico directo, con un caso sospechoso o confirmado de viruela símica?
NO
SI Fecha.....
Tipo de contacto:
 Contacto físico directo, incluido el contacto sexual
 Contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama
 Contacto estrecho sin protección respiratoria
Otro: especificar:

2. ¿Tuvo contacto reciente, incluido el contacto físico directo, con un viajero proveniente de otro país?
NO
SI Fecha Procedencia:
Tipo de contacto:
 Contacto estrecho sin protección respiratoria
 Contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama
 Contacto físico directo, incluido el contacto sexual

3. ¿Realizó viajes en los últimos 21 días?
NO
SI Lugar Fecha de arribo a la Argentina (para viajes al exterior)

4. ¿Mantuvo relaciones sexuales en los últimos 21 días?
NO
SI En caso de responder SI:

4a. ¿Mantuvo relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas múltiples y ocasionales?
SI **NO**

4b. Las relaciones sexuales fueron con:
 Hombres CIS
 Mujeres CIS
 Mujeres trans
 Varones trans

5. ¿Recibe actualmente profilaxis pre-exposición para el VIH?
SI **NO**

6. ¿Es personal de salud expuesto en el contexto laboral?
SI **NO**

7. ¿Es personal de cuidado expuesto en el contexto laboral?
SI **NO**

8. ¿Se vacunó contra la viruela?
SI **NO** No sabe

LISTA DE CONTACTOS (personas con las que el caso estuvo en contacto desde el inicio de los síntomas)					
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	DOMICILIO	FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIPO DE CONTACTO (RIESGO ALTO, MEDIO o BAJO)



MUESTRAS DE LABORATORIO

Líquido de ampollas o pústulas tomado por punción con jeringa de tuberculina estéril. Si las pústulas ya explotaron espontáneamente, enviar costras de las lesiones en tubo eppendorf. Las muestras deben ser remitidas refrigeradas, en triple envase al Servicio de Microscopía Electrónica, Departamento de Virología, INEI- ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, Av. Vélez Sarsfield 563.

Tipo de muestra	SI	NO	Fecha de toma de muestra
Hisopado del contenido vesicular			
Hisopado enérgico del lecho de más de una lesión ulcerada			
Costras de lesiones			
Hisopado rectal			

Caso sospechoso

Situación 1	Situación 2	Situación 3
<p>Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**.</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:</p> <p>Dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado. - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado. - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado. - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales. 	<p>Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de viruela símica sospechoso o confirmado</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre >38,5° de inicio súbito. - Linfadenopatía. - Astenia. - Cefalea. - Mialgia. - Dolor lumbar. 	<p>Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, pero presente exantema característico* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.</p>

1* Exantema característico de viruela símica: Lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para viruela símica.

1 En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*.**

Caso confirmado

Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para *Orthopox* del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus *monkeypox* genérica o específica de los clados.

Apellido y nombre _____ Teléfono _____

Firma del notificador: _____