

## 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 <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
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? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		54 Data de coleta ____/____/____
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 laborial		
<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 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		63 Data de coleta ____/____/____
64 Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Aguardando resultados
65 Vacicela/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** Cancroide

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       3. Relações sexuais com homens e mulheres

2. Relações sexuais com mulheres       7. Não se aplica

**77** Parceiras múltiplas

1. Sim       7. Não se aplica

2. Não       9. Ignorado

**78** O paciente é imunossuprimido?

1. Sim - devido alguma doença. Descreva \_\_\_\_\_

2. Sim - devido a 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** ativa?

1. Sim

2. Não

9. Ignorado

**82** Qual(ais) IST(s)?

1. Clamídea       6. Linfogranuloma 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 (cancroide)       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 a 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 vacina

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

**87** Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum com caso provável ou múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?

1. Sim       2. Não       9. Ignorado

**88** Data da vacina

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

**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 da vacina

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

**91** País

**92** Se ocorreu no Brasil, em qual UF? \_\_\_\_\_

**93** Se ocorreu no Brasil, em qual município? \_\_\_\_\_

