

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

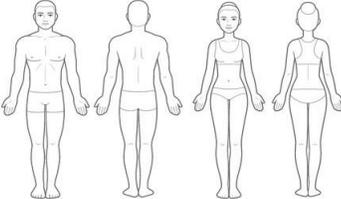
**44. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses:** N° mujeres: \_\_\_\_\_ N° hombres: \_\_\_\_\_  
**¿Utilizó alguna red social o aplicativo de citas para concretar el encuentro sexual?**  Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_  No

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

**51. Estado de los exantemas en el momento de la evaluación clínica (marcar las opciones que correspondan):**  
 Mácúla (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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Motivo de ingreso:** \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_

**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	
<b>57. Tipo de muestra:</b> <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** \_\_\_\_\_