

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 del ES/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: Mujer transgénero Privado de la libertad
 Trabajador(a) sexual Otro (especifique): _____
 16. Orientación sexual: Homosexual (Gay, lesbiana) Bisexual Heterosexual 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. Nacionalidad: _____ 21. Tiempo de residencia (en extranjeros): _____
 22. Gestante: Sí No 23. N° de semanas de gestación: 24. Puérpera: Sí No
 25. Domicilio actual:
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Procedencia: _____ 1 = Urbano; 2 = Urbano marginal; 3 = Rural campesino
 Tipo de vía: _____ (Avenida, Calle, Jirón, etc) Número de puerta: _____ Nombre de vía: _____
 Agrupamiento Rural/Urbano: _____ (AH, Asociac., Urb., etc) Nombre de Agrupamiento Rural/Urbano: _____
 Mz: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilómetro: _____ Lote: _____ Tiempo de residencia: _____
 Referencia para localizar: (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN Y EXPOSICIÓN:

26. ¿ En los últimos 21 días antes del inicio del exantema, viajó? Sí No

N°	País	Departamento	Fecha de salida	Fecha de retorno

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

28. En los últimos 21 días antes del inicio del exantema (marque todas las que apliquen y complete pregunta N°29)
 Tuvo relaciones sexuales con desconocido(a) o parejas múltiples. En E.S. manipuló material contaminado de caso probable o confirmado Mpx (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) 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 directo con personas con exantemas en piel o mucosas Otros _____
 Brindó cuidados a un caso probable o confirmado de Mpx en domicilio Ninguno

29. En los últimos 21 días antes del inicio del exantema, ¿ha tenido algún tipo de exposición con caso probable o confirmado de Mpx?
 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

30. ¿Utilizó alguna red social o aplicativo de citas para concretar algún encuentro sexual en los últimos 21 días? Sí, ¿cuál? _____ No

31. ¿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 exantema hasta la caída total de costras y renovación de piel)

32. Número de contactos directos:
 (complete el Formato de censo y seguimiento de contactos e incluya las siguientes variables : dirección, edad, sexo, ocupación, último día de exposición del caso)
 Parejas sexuales: _____ Domiciliarios (sin considerar parejas sexuales): _____ Extradomiciliarios (sin considerar parejas sexuales): _____

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

* Grupo de población 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

V. ANTECEDENTES:

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

34. Infección VIH: Sí No Desconocido Si respondió **Sí**, especificar: **Fecha de diagnóstico:** ___/___/___
 Recibe TAR: Sí No
 Último recuento CD4: _____ Fecha ___/___/___
 Última carga viral: _____ Fecha ___/___/___

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

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

37. ¿Anteriormente ha sido diagnosticado con Mpx mediante prueba laboratorial? Sí No
 Fecha de diagnóstico: ___/___/___

38. Comorbilidades: No Tuberculosis Fecha de diagnóstico: ___/___/___ COVID-19 Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Otros epecifique): _____

39. 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: _____

VI. CUADRO CLÍNICO:

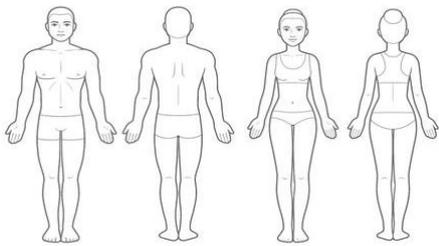
40. Fecha de inicio de síntomas (FIS): ___/___/___ 41. S.E. 42. Fecha de inicio del exantema agudo: ___/___/___

43. Signos y síntomas:
 Fiebre (>=38°C) Escalofríos Cefalea Astenia / Debilidad Mialgia Dolor de espalda
 Exantema Linfadenopatía localizada Linfadenopatía generalizada Proctitis (dolor o sangrado anal) Otros: _____
 Lugar: _____

44. Distribución del exantema agudo:
 Localizado (en una parte del cuerpo) Generalizado (en varias partes del cuerpo)

45. Coloque en los espacios, la numeración según la secuencia de la aparición del exantema:
 Marque el número de lesiones presentadas (aprox.)
 1 a 10 lesiones
 11 a 25 lesiones
 26 a 99 lesiones
 100 a más

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

46. Estado del exantema en el momento de la evaluación clínica (marcar las opciones que correspondan):
 Mácula (manchas rojas de base plana) Pápula (lesión elevada) Vesícula (ampolla llena de líquido transparente)
 Pústula (ampolla con pus) Costra

47. Hospitalizado: Sí No Fecha de ingreso Hospitalario: ___/___/___ Motivo de ingreso: _____
 Hospital: _____

48. UCI: Sí No Fecha de ingreso a UCI: ___/___/___ Motivo de ingreso: _____
 Hospital de ingreso a UCI: _____

49. Defunción: Sí No Fecha: ___/___/___ Clasificación final:
 Fallecido confirmado Fallecido probable Fallecido por otras causas

VII. LABORATORIO:

	Fecha de obtención de muestra	Fecha de resultado	Resultado	
50. 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 QUE LLENA LA FICHA (PREFERENTEMENTE PERSONAL QUE ATIENDE EL PACIENTE) :**

51. Apellidos y Nombres: _____
 52. Cargo: _____
 53. Teléfono: _____
 Firma y sello

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

54. Apellidos y Nombres: _____
 55. Teléfono: _____
 Firma y sello