



Caso sospechoso de VIRUELA DEL MONO

Fecha de notificación: ___/___/___

Inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha consulta: ___/___/___ Internación: SI NO Fecha ingreso: ___/___/___

Institución: _____ Sector: _____ Tel: _____ int.: _____

Datos del caso

CI: _____ Nombres y apellidos (en imprenta): _____

Sexo: F M Fecha nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ años meses días (señale lo que corresponda)

Dirección: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel/cel: _____

Tipo de ubicación: Particular Residencial adulto mayor Establecimiento para personas privadas de libertad
 Hogar/refugio Asentamiento Situación de calle

Datos del notificador

Nombre y apellido: _____ Notifica como: _____ Cel: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos clínicos y epidemiológicos

Fiebre (>37,5C°) o sensación febril SI NO
 Fecha de inicio: ___/___/___ Cefalea SI NO

Exantema agudo SI NO
 Fecha de inicio: ___/___/___ Dolor de espalda SI NO

Extensión del exantema:
 localizado generalizado Mialgia SI NO

Tipo de lesión:
 maculopapular vesicular pustulosa costrosa Astenia SI NO

Linfadenopatía SI NO
 Fecha de inicio: ___/___/___ Otros (especificar): _____

Ubicación de la linfadenopatía:
 _____ Embarazo SI NO

unilateral bilateral Trimestre _____

En los 21 días previos al inicio de síntomas

¿Estuvo en países de circulación de viruela del mono? SI NO Dónde: _____

Fecha de regreso al país: ___/___/___

¿Estuvo en contacto cercano con caso sospechoso, probable o confirmado de viruela del mono? SI NO

Fecha de exposición: ___/___/___

Antecedentes de vacunación

Antivariólica básica Antiviruela símica Fecha de vacunación: ___/___/___

Probable vía de transmisión

- * contacto directo con: sangre fluidos corporales lesiones/mucosas (de animales infectados o humanos)
- * sexual
- * contacto con objetos contaminados
- * respiratoria (gotitas)

Paraclínica

Muestras enviadas al Departamento de Laboratorios de Salud Pública

Fecha toma de muestra ___/___/___ Sangre Hisopado orofaríngeo Exudado lesión Observaciones: _____

¿Se implementaron medidas de aislamiento? SI Fecha: ___/___/___ NO

Evolución del caso

Requirió internación en CI: SI NO / CTI: SI NO Egreso: alta fallecimiento Fecha: ___/___/___