

**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MPOX**  
Adaptada a RENAVE  
Remitir a [vigilancia@dgsanita.caib.es](mailto:vigilancia@dgsanita.caib.es) (versión 22/08/2024)

Es una PRIMERA NOTIFICACIÓN

Es una AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN  \*Variables cuyas modificaciones se han de comunicar

Cumplimentar sólo identificación del caso, del declarante y modificaciones

Identificación nominal del caso

**DATOS DEL DECLARANTE**

Identificación

Lugar de trabajo (detallar centro, unidad, servicio,...)

Fecha de declaración

**DATOS DEL ENFERMO**

¿Era contacto en seguimiento? Sí  No

CIP

DNI

Nombre

Apellido 1

Apellido 2

Fecha nacimiento

Edad:  años  meses (si < 2 años)

Sexo nacimiento

Sexo administrativo

Domicilio en Baleares

Municipio

Correo electrónico

Teléfono

Centro de salud que tiene asignado

País o Comunidad Autónoma de procedencia

(si residencia habitual no es Baleares)

Fecha de llegada

**DATOS CLÍNICOS**

Síntomas

No

Sí

Fecha inicio síntomas

Fecha inicio exantema

Clínica

Fiebre

Astenia

Odinofagia

Mialgias

Cefalea

Exantema ano-genital

otras localizaciones

Linfadenopatía generalizada

Linfadenopatías localizadas

oral-bucal

\*Complicaciones

Infecciones bacterianas secundarias

detallar

Sepsis

Encefalitis/Meningoencefalitis

Infección de la córnea

Bronconeumonía

Úlcera bucal

\*Hospitalización por MPX No

Sí

Fecha

Centro

Fecha alta

Ingreso en UCI No

Sí

Fecha

Centro

Fecha alta

\*Evolución

Pendiente

Curación

Defunción

Fecha

**LABORATORIO**

¿Se ha iniciado envío-gestión muestras para confirmación? No

Sí

Prueba positiva

Fecha recogida

Pendiente

Negativa

Positiva

Fecha resultado

Muestra de líquido vesicular

Muestra lesión piel

Clado

**DATOS DE RIESGO. POSIBLES ÁMBITOS DE EXPOSICIÓN** en los 21 días anteriores al inicio de síntomas (marcar lo que proceda)

No

Sí

Viaje fuera de España

Especificar país

Viaje a otra Comunidad Autónoma

Especificar

Es contacto estrecho de un caso confirmado

Identificación del caso

Lugar de contacto

Exposición ocupacional de riesgo

Entorno sanitario-sociosanitario

Otros

Especificar tipo exposición e identificación lugar

Exposición en entorno familiar

Exposición no sexual en entornos de ocio

Relaciones sexuales con: (marcar ambas si procede)

Hombre

Mujer

NS/NC

Si procede, identificar lugar/evento

Relaciones sexuales en contexto de riesgo

Saunas

Fiestas

Encuentros anónimos

Otros contextos

Asistencia a eventos multitudinarios

Lugar-fecha

Relaciones sexuales en contexto del evento

No

Sí

Mecanismo de transmisión más probable

Madre-hijo durante el embarazo

Desde animal

No

Sí

Transfusión

No

Sí

contacto estrecho con mascotas tras inicio de síntomas

Asociado a cuidados sanitarios (profesional)

En laboratorio (profesional)

Desconocido

contacto con animales antes inicio síntomas

Otro contacto directo persona-persona

Transmisión sexual

**OTROS ANTECEDENTES**

VIH Positivo

Otras casusa de inmunodepresión

Tratamiento VIH

Sí

No

Vacunación con alguna dosis de viruela

Desconocido

No

Sí, en la infancia

Sí, en contexto del brote actual

Núm. de dosis

Fecha 1

Fecha 2

**\* CATEGORIA DE CASO**

Caso descartado

Caso confirmado

Importado o Extracomunitario

Comunidad Autónoma o País de adquisición

Caso Autóctono

Caso en investigación

**OBSERVACIONES**