# Anexo 3. FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN: VIRUELA DEL MONO

1. **ANTECEDENTES DE LA NOTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de notificación** |  |
| **Establecimiento de salud** |  |
| **Región del establecimiento de salud** |  |
| **RUN** *del profesional que notifica* | *Sin puntos, con guion* |
| **Nombre completo** *del profesional que notifica* |  |
| **Teléfono de contacto***del profesional que notifica* |  |
| **Correo electrónico***del profesional que notifica* |  |

1. **ANTECEDENTES DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de identificación** | x RUN□ Pasaporte□ Identificación local□ Comprobante de parto□ Otro |
| **Número de identificación** | *Si “tipo de identificación” = RUN, escribir sin puntos y con guion* |
| **Nombres** |  |
| **Primer apellido** |  |
| **Segundo apellido** |  |
| **Sexo asignado al nacer** | x Hombre□ Mujer□ Intersex (indeterminado) |
| **Identidad de género** | □ Femenino□ Masculino□ Transmasculino u hombre trans□ Transfemenino o mujer trans□ No binario□ Otro. ¿Cuál?:  |
| **Orientación sexual** | □ Heterosexual□ Homosexual□ Bisexual□ Otro. ¿Cuál? |
| **Fecha de nacimiento** | XX/XX/XX*Formato dd/mm/aaaa* |
| **Estado** |  □ Vivo □ Fallecido |
| **Edad (en años)** | XX añoS |
| **Nacionalidad** | Chile |
| **Pueblo originario**  | □ Mapuche□ Aymara□ Rapa Nui□ Lican Antai□ Quechua□ Colla | □ Diaguita□ Kawéscar□ Yagán□ Desconocidox Ninguno |
| **Dirección de residencia** |  |
| **Región de residencia** |  |
| **Comuna de residencia** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Condición de actividad** | □ Activo □ Inactivo |
| **Ocupación** |  |

1. **ANTECEDENTES CLÍNICOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha primeros síntomas** | 08/02/2023 |
| **Signos y síntomas** | □ Fiebre (> 38,5°C)□ Exantema agudo□ Cefalea□ Mialgia | □ Dolor de espaldax Asteniax Linfadenopatía□ Otro. ¿Cuál(es)?: |
| *Si Signos y síntomas = Exantema agudo***Fecha inicio exantema** | XX/XX/XX*Formato dd/mm/aaaa* |
| *Si Signos y síntomas = Exantema agudo***Tipo de exantema** | x Macular□ Eritematoso□ Vesicular□ Papular□ Pustular□ Petequial |
| **Localización del exantema** | □ Cara□ Cuero cabelludo□ Cuello□ Mucosa oral□ Espalda□ Pecho□ Abdomen  | □ Brazos□ Manos□ Piernas□ Pies□ Zona inguinal□ Zona perianal□ Zona genital |
| **Comorbilidades** | □ Cardiopatía crónica□ Enf. neurológica crónica□ Enf. pulmonar crónica□ Enf. renal crónica□ Enf. hepática crónica□ Diabetes□ Asma  | □ Inmunodepresión□ Enf. cardiopulmonar□ Obesidad□ Hipertensión arterial□ Otro. ¿Cuál(es)?VIH Sarcoma Kaposi Citomegalovirus (Retinitis)□ Ninguno |
| **Coinfección** | □ Hepatitis B□ Hepatitis C□ Herpes genital□ Sífilis□ Gonorrea□ VIH□ Tuberculosis | □ VPH□ *Chlamydia trachomatis*□ Chancroide□ Condilomas acumulados□ Otro. ¿Cuál(es)?:□ Ninguno |
| **Embarazo** | □ No□ Sí. Semana de gestación: x No aplica |
| **Hospitalización** | □ No□ Sí |
| **Motivo de hospitalización** | □ Clínico□ Epidemiológico□ No aplica |
| **Fecha de hospitalización** | XX/XX/2023 |
| **Ingreso a UCI/UTI** | □ No□ Sí□ No aplica |
| **Fecha de egreso hospitalario** | *XX/XX/XX**Formato dd/mm/aaaa* |
| **Motivo de egreso** | □ Alta□ Fallecido□ Transferido |

1. **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: Últimos 21 días previos al inicio de síntomas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Viaje internacional** | □ No□ Sí.  |
| **Fecha de salida de Chile** | *Formato dd/mm/aaaa* |
| **Fecha de retorno a Chile** | *Formato dd/mm/aaaa* |
| Si Viaje internacional "Sí"**País(es) visitado(s)** | 1.2. | 3.4..  |
| **Contacto\* con viajeros** |  □ No□ Sí. ¿Cuándo?: |
| **Contacto\* con caso probable o confirmado** | □ No□ Sí. ¿Cuándo?: |

\* **Contacto:** Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de viruela del mono durante el período de transmisibilidad, considerado desde el inicio del exantema hasta que las lesiones sanen. Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

a) Haber tenido contacto físico prolongado con el cuerpo, fluidos corporales o costras de las lesiones exantemáticas.

b) Manipular vestimenta, ropa de cama, desechos y utensilios sin el uso de precauciones adicionales de contacto y gotas; al menos mascarilla quirúrgica, bata manga larga impermeable, protección ocular y guantes impermeables.

c) Permanecer en un mismo recinto o espacio cerrado con exposición cara a cara, sin las precauciones adicionales de contacto y gotas; al menos mascarilla quirúrgica, bata manga larga impermeable, protección ocular y guantes impermeables.

d) En personal de salud, brindar atención de salud directa a un caso confirmado o probable, sin cumplir con las precauciones adicionales de contacto y gotas, considerando al menos el uso de mascarillas quirúrgicas, protección ocular, guantes impermeables y bata impermeable de manga larga. Si se realiza un procedimiento generador de aerosoles de mayor riesgo, se considera el uso de respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente en reemplazo de la mascarilla quirúrgica.

1. **ANTECEDENTES DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha toma de muestra | XX/XX/XX*Formato dd/mm/aaaa* |
| Fecha envío de muestra | *XX/XX/XX**Formato dd/mm/aaaa* |
| Resultado | □ Positivo□ Negativo□ Indeterminado□ Pendiente |

1. **CLASIFICACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| Etapa clínica | □ Sospecha descartado□ Probable□ Confirmado |

1. **IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS**

|  |
| --- |
| 1. Nombre:
 |
|  Teléfono: |
| 1. Nombre:
 |
|  Teléfono: |
| 1. Nombre:
 |
|  Teléfono: |
| 1. Nombre:
 |
|  Teléfono: |
| 1. Nombre:
 |
|  Teléfono: |