Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL — GOBIERNO NACIONAL — Paraguay de la gente

## FICHA DE NOTIFICACIÓN – CASO SOSPECHOSO – VIRUELA SÍMICA

**Definición de caso sospechoso:** persona de cualquier edad en un país no endémico de viruela símica con exantema agudo inexplicable y que presenta uno o más de los siguientes: cefalea, inicio súbito fiebre (>38,5°C), mialgia, dolor de espalda, astenia, linfadenopatía. Y presente además al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos en los últimos 21 días al inicio de los síntomas que haya tenido:
**CONTACTO ESTRECHO:** con un caso sospechoso o confirmado de viruela símica y/o
**ANTECEDENTES DE VIAJE:** a un país endémico o donde se estén registrando casos de viruela símica y/o
**EXPOSICÓN AL RIESGO:** exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto físico directo, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama- con una persona que haya viajado a países endémicos o países no endémicos donde se están registrando casos actualmente. **Al mismo tiempo descartar los siguientes diagnósticos:** varicela, herpes zóster, sarampión, Zika, dengue, chikungunya, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel, infección gonocócica diseminada, sífilis primaria o secundaria, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica y cualquier otra causa común localmente relevante de erupción. vesicular o papular.

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y NOTIFICANTE

**Región Sanitaria:** **Distrito:**
**Institución Notificante:** **Fecha Notificación:**
**Nombre del Notificante:**

### DATOS DEL PACIENTE

**Nombre y apellidos:**
**CI N°** **Nacionalidad:** **Fecha de nacimiento:** **Edad:**
**Sexo:** **Hombre** **Mujer** **Otros**
**Profesión:** **Lugar de trabajo:**

### LUGAR DE RESIDENCIA

**Departamento:** **Distrito:**
**Localidad/Barrio:** **Dirección (calles)**
**Referencia:** **Teléfono:**
**Información Clínica:**
**Fecha de consulta:** ……. / …….. / ……..
**Fecha de inicio de síntomas** (indicar la del primer síntoma que aparezca) ……. / …….. / ……..

**Manifestaciones clínicas a lo largo de todo el proceso** (marcar las opciones que correspondan)

- ☐ Fiebre
- ☐ Astenia
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Cefalea
- ☐ Linfadenopatías

**Exantema** Sí ☐ No ☐ **Fecha de aparición del exantema** …..

Distribución del exantema **en el momento del diagnóstico** (marcar las opciones que correspondan)**:**

- ☐ Cara
- ☐ Cavidad oral
- ☐ Tórax
- ☐ Abdomen
- ☐ Espalda
- ☐ Brazos
- ☐ Palma de las manos
- ☐ Lesiones genitales
- ☐ Lesiones perianales
- ☐ Piernas
- ☐ Planta de los pies

**Tipo de exantema**

- ☐ Máculas
- ☐ Pápulas
- ☐ Vesículas
- ☐ Pústulas
- ☐ Costra
- ☐ Otro

**Comorbilidades/ Factor de riesgo**

- ☐ Embarazo
- ☐ VIH positivo en tratamiento con CV indetectable
- ☐ VIH positivo en tratamiento con CV detectable
- ☐ VIH sin tratamiento
- ☐ Inmunocomprometido no VIH

Especificar:

**Observaciones/Especificar:**

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Historia de viaje internacional en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas**
Sí ☐ No ☐
En caso de responder sí, especificar el lugar y fecha de arribo al país: Motivo de viaje:
Especificar destino/s (País): Fecha: ……. / …….. / ……..
**Posibles exposiciones de riesgo <u>en los 21 días anteriores a FIS</u>**
**Exposición ocupacional de riesgo** (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado,profesional sanitario sin EPI, otra) Sí ☐ No ☐
**Es contacto estrecho de un caso sospechoso o confirmado de viruela símica** (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo) Sí ☐ No ☐
**Asistencia a evento de gran concurrencia:** Sí ☐ No ☐
**Ha tenido relaciones sexuales con:** (marcar todas las que correspondan)
**Hombre** ☐ **Mujer** ☐
**Vacunación**
**SPR** Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ **Varicela** Sí ☐ No ☐ No sabe ☐

### DATOS CLÍNCOS

**Hospitalizado** (Estadía de al menos una noche en el hospital)**:** Sí ☐ No ☐
**Fecha de ingreso en Hospital:** ……. / …….. / …….. **Fecha de alta hospitalaria:** ……. / …….. / ……..
**Lugar:**
**Hospitalizado en UCI:** Sí ☐ No ☐
**Fecha de ingreso en UCI:** ……. / …….. / …….. **Fecha de alta en UCI:** ……. / …….. / ……..
**Lugar**
**Defunción:** Sí ☐ No ☐ **Fecha de defunción:** ……. / …….. / …….

### DATOS DE LABORATORIO

**Fecha de toma de muestra:**

- ☐ Líquido vesicular
- ☐ Muestras de lesiones cutáneas (costra)
- ☐ Otro (Especificar) …..

### LISTADO DE CONTACTOS (personas con las que el caso estuvo en contacto desde el inicio de síntomas)

| NOMBRE Y APELLIDO | C.I. N° | TELEFONO | DOMICILIO | FECHA DE ÚLTIMO CONTACTO | TIPO DE CONTACTO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Lesiones | Fluidos corporales | Gotitas | Materiales contaminados | Otros |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |