



CASO SOSPECHOSO: Toda persona que presente Exantema inexplicable de aparición reciente (macular, papular, vesicular, pustular, monomorfo o de igual estadio evolutivo en cualquier localización) que no corresponda a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas.

Y presente además uno o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea; fiebre >38,5° de inicio súbito; mialgia; dolor lumbar; astenia, linfadenopatía

Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos [1]:

a) **Vínculo epidemiológico** -exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto físico directo, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama- **con un caso probable** o confirmado de viruela símica en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas.

b) **Antecedente de viaje a un país endémico [2]** o donde se estén registrando casos de viruela símica en los 21 días previos al inicio de los síntomas.

c) **Vínculo epidemiológico** en los últimos 21 días -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** dentro de los 30 días previos al contacto a países endémicos o países no endémicos donde se estén registrando casos actualmente [3].

CASO CONFIRMADO: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso y está confirmada por técnicas moleculares en el laboratorio nacional de referencia.

[1] Para casos que no tengan alguno de estos criterios epidemiológicos, con una alta sospecha clínica y en los que se hayan descartado diagnósticos diferenciales, deberán ser evaluados por el equipo jurisdiccional de epidemiología para considerar la pertinencia de su estudio. [2] Los países endémicos de la viruela del mono son: Benín, Camerún, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Gabón, Costa de Marfil, Liberia, Nigeria, República del Congo, Sierra Leona, y Sudán del Sur.

[3] Ver países no endémicos con casos: <https://www.who.int/emergencies/emergency-events/item/2022-e000121>

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:Provincia:Departamento:

Fecha de notificación: / / Teléfono: Correo electrónico:.....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI DE IND N° Apellido y Nombre:

Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Embarazada: Si No

Género: Mujer cis Mujer trans Varón cis Varón trans Otro

Lugar de residencia: Provincia.....Departamento: Localidad:

Domicilio: Calle / Mza:.....N°..... Piso..... Depto: Cód. Postal:.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ___/___/___ Fecha de inicio de 1º síntomas (FIS): ___/___/___ Internación: Si No

Signos y síntomas (marcar con X lo que corresponda)	Exantema (marcar con X lo que corresponda)	Fecha
Cefalea	Maculopapular	
Mialgias	Vesicular	
Dolor de espalda	Pústula	
Linfoadenopatía	Lesiones umbilicadas	
Astenia	Costra	
Fiebre (>38,5°C)	Hemorrágica	

Otros:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes	SI	NO	Fecha		
¿Tuvo contacto reciente con un caso sospechoso o confirmado de viruela símica?				Tipo de contacto	Contacto estrecho sin protección respiratoria
¿Tuvo contacto reciente, incluido el contacto físico directo, con una persona que tuviera exantema en alguna parte de su cuerpo?					Contacto físico directo, incluido el contacto sexual
¿Tuvo contacto reciente, incluido el contacto físico directo, con alguna persona con estos síntomas: cefalea, dolor de cuerpo, fiebre, dolores musculares?					Contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama
¿Estuvo en contacto, incluido el contacto físico directo, con viajeros provenientes de los países donde se registraron casos en los últimos 21 días?					
¿Realizó viajes en los últimos 21 días? En caso de responder sí, especificar el lugar y fecha de arribo a la Argentina				Lugar del viaje y datos de transporte (aerolínea, Nro. vuelo, Nro de asiento, etc.):	
¿Se vacunó contra la viruela?					

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

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	DOMICILIO	FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIPO <small>(contacto con lesiones, fluidos corporales, gotitas respiratorias, materiales contaminados)</small>

MUESTRAS DE LABORATORIO

Líquido de ampollas o pústulas tomado por punción con jeringa de tuberculina estéril. Si las pústulas ya explotaron espontáneamente, enviar costras de las lesiones en tubo eppendorf. Las muestras deben ser remitidas refrigeradas, en triple envase al Servicio de Microscopía Electrónica, Departamento de Virología, INEI- ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, Av. Vélez Sarsfield 563.

Tipo de muestra: Líquido de ampollas o pústulas Fecha de toma ___/___/___ Costras de las lesiones Fecha de toma ___/___/___

Tipo de muestra	SI	NO	Fecha de toma de muestra
Hisopado de contenido vesicular y/o exudado de la lesión			
Hisopado de fondo de más de una lesión			
Costras de lesiones			

Nombre y apellido del notificador: _____ Firma: _____