

## **FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO**

Dados da Notificação		Município da notificação		Código IBGE
Código CNES		Estabelecimento de saúde		
1 Data da notificação		2 Cadastro de Pessoa Física (CPF)		3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS)
4 É estrangeiro (a)?		5 Se sim, passaporte		6 País de nascimento
7 Nome completo (sem abreviações)			8 Nome social	
9 Nome completo da mãe (sem abreviações)			10 Data de nascimento	
11 Idade		<input type="checkbox"/> 1. Hora <input type="checkbox"/> 3. Mês <input type="checkbox"/> 2. Dia <input type="checkbox"/> 4. Ano		12 Sexo ao nascimento <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Intersexo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
13 Orientação sexual <input type="checkbox"/> 1. Heterossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 4. Outra, especifique: _____				
14 Identidade de gênero <input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
16 Se Indígena, qual etnia?				
17 Se Indígena, vive aldeado? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
18 Nome do distrito sanitário especial				
19 Nome do polo base				
20 Nome da aldeia				
21 É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional?				
23 Gestante <input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica				
24 Escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 2. Educação Infantil <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
25 Ocupação				
26 Atividade econômica				
27 Pessoa em situação de rua? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado    28 Profissional de saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
29 Pessoa privada de liberdade? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado    30 Pessoa com deficiência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
31 CEP de residência		32 UF de residência	33 Município de residência	
34 Bairro		35 Logradouro		Código IBGE
37 Complemento				
38 Telefone de contato (____) _____ - _____				
39 Zona		40 País de residência		
<input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				

## 41 Doenças/agravos notificados (possibilidade de múltiplas inserções)

1. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

## 41 Sinais e sintomas (possibilidade de múltiplas inserções)

MedDRA - Ilt	Código LLT	Sintoma	Código CID	Sintoma	Código CID
Assintomático	00000001	Edema no pescoço	10028834	Melena	10027141
Abscesso	10000269	Edema nos membros	10060442	Meningismo	10027197
Adenite	10001137	Edema peniano	10066774	Meningoencefalite	10027282
Adenomegalia	10063721	Edema pulmonar agudo	10001024	Mialgia	10028411
Aeroftobia	10080300	Enterorrágia	10077615	Mialgia agravada	10048317
Agitação psicomotora	10056436	Epistaxe	10015090	Microcefalia	10027534
Agressividade	10001494	Equimose	10014080	Miocardite	10028606
Anemia	10002034	Erupção cutânea	10040841	Movimentos anormais	10028039
Anorexia	10002646	Escarro sanguinolento	10041804	Movimentos reduzidos	10028045
Anúria	10002847	Espplenomegalia	10041660	Náusea	10028813
Apnéia	10002972	Estupor	10042264	Necrose de extremidades	10059385
Arritmia	10003119	Exantema	10015585	Necrose isquêmica da pele	10074873
Artralgia	10003239	Febre	10016558	Oligúria	10030302
Artrite	10003246	Febre intermitente	10058698	Opistótono	10030898
Astenia	10003549	Febre recorrente	10038300	Osteocondrite	10031230
Aumento do fígado	10024676	Fontanelas aumentadas	10054068	Palidez	10033546
Baço aumentado	10041637	Força muscular anormal	10082799	Paralisia	10033558
Boca seca	10013781	Fotossensibilidade	10034966	Parestesia	10033775
Bubões	10006519	Fraqueza	10047862	Perturbação da coordenação	10086396
Calafríos	10008531	Fraqueza muscular	10028350	respiratória de sugar-engolir	
Cansaço	10043890	Fraqueza muscular do pescoço	10078993	Peso diminuído	10047895
Catarata	10007739	Frequência cardíaca diminuída	10019301	Petéquia	10034752
Cefaléia	10019211	Gânglios inchados	10042720	Proctite	10036774
Celulite	10065339	Glaucoma congênito	10010486	Prostração	10036985
Choque	10040560	Hematêmese	10018830	Pseudoparalisia	10056300
Choro neonatal anormal	10049455	Melena	10027141	Pulso irregular	10022994
Cianose	10011703	Hemoptise	10018964	Pulso rápido	10037484
Coma	10010071	Hemorragia alveolar pulmonar	10037313	Púrpura	10037549
Confusão mental	10027350	Hemorragia anal	10049555	Retardo psicomotor	10037213
Congestão conjuntival	10010675	Hemorragia do sistema nervoso	10072043	Retinopatia pigmentada adquirida	10054881
Conjuntivite	10010741	central		Rigidez abdominal	10000090
Consciência diminuída	10010768	Hemorragia gengival	10019544	Rigidez da nuca	10058483
Constipação	10010774	Hemorragia pulmonar	10019582	Rigidez dos membros	10024509
Contrações musculares involuntárias	10028293	Hepatosplenomegalia	10019847	Rinite infecciosa	10059827
Contratura muscular	10062575	Hepatomegalia	10019842	Riso sardônico	10039198
Convulsão	10010904	Hidrofobia	10053317	Saturação de oxigênio diminuída	10033318
Coriza	10011214	Hiperemia	10020565	Sinal de kernig	10056294
Cultura bacteriana positiva	10058588	Hipotensão	10021097	Sinal de Romana	10077073
Diarréia	10012727	ICC	10007836	Síndrome da angústia	10001409
Diplopia	10013036	Icterícia	10021207	respiratória do adulto	10075535
Disartria	10013887	Impetigo	10021531	Sintoma respiratório	
Disfagia	10013950	Infecção broncopulmonar	10052110	Sintomas neurológicos	10029291
Disfonia	10013952	Infecção urinária	10046544	Sudorese	10067146
Dispneia	10013963	Insuficiência cardíaca	10007554	Sufusão hemorrágica	10070284
Distúrbio hemorrágico	10019009	Insuficiência renal	10022467	Temperatura alta	10020083
Dor	10000424	Insuficiência respiratória	10016162	Temperatura corporal diminuída	10005910
Dor abdominal	10000081	Insuficiência respiratória aguda	10001053	Tontura	10018263
Dor corporal geral	10048971	Lesão anal	10054852	Tosse	10011224
Dor de garganta	10041367	Lesão cutânea	10040882	Tosse paroxística	10066222
Dor lombar	10024798	Lesão da pele	10061364	Tosse seca	10013773
Dor muscular	10028287	Lesão genital	10063630	Trismo	10024793
Dor na panturilha	10007031	Lesão oral	10059037	Uretrite	10046480
Dor nas costas	10003978	Leucopenia	10024283	Vertigem	10047340
Dor nas costas aguda	10000683	Linfadenopatia	10025197	Visão turva	10005886
Dor no peito	10000425	Linfadenopatia axilar	10049109	Vômito	10047700
Dor ocular	10015958	Linfadenopatia generalizada	10069548	Zumbido nos ouvidos	10013996
Dor retro-orbital	10050741	Linfadenopatia inguinal	10025203	Outro, especifique:	00000001
Dor torácica	10008461	Linfadenopatia cervical	10025200		
Edema	10014210	Manchas vermelhas elevadas	10018094		
Edema facial	10014222	generalizadas no tronco			

43 Data de início dos sintomas \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

44 Doenças/agravos relacionados ao trabalho

 1. Sim 2. Não 9. Ignorado

45 Doenças/agravos relacionados ao desastre

 1. Sim 2. Não 9. Ignorado



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE MONKEYPOX			
<b>46</b> Ocorreu hospitalização?	<input type="checkbox"/> 1. Sim, devido as necessidades clínicas	<input type="checkbox"/> 2. Sim, para propósitos de isolamento	<input type="checkbox"/> 3. Não
<b>47</b> Data da internação	<b>48</b> O paciente foi para a UTI?		
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
<b>49</b> UF da hospitalização	<b>50</b> Município da hospitalização		
	Código IBGE		
<b>51</b> CNES do hospital	Nome do hospital		
<b>52</b> Tratamento para Monkeypox			
<input type="checkbox"/> 1. Tecovirimat <input type="checkbox"/> 2. Brincidofovir <input type="checkbox"/> 3. Cidofovir <input type="checkbox"/> 4. Não informado			
<input type="checkbox"/> 5. Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido <input type="checkbox"/> 6. Não, sem tratamento antiviral <input type="checkbox"/> 7. Outro(s), especifique _____			
<b>53</b> Existe coleta de amostra laboratorial?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<b>54</b> Data de coleta _____
<b>55</b> Tipo de amostra			
<input type="checkbox"/> 1. Swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudato, de mais de uma erupção) <input type="checkbox"/> 2. Crosta da erupção cutânea <input type="checkbox"/> 3. Swab orofaríngeo <input type="checkbox"/> 4. Soro <input type="checkbox"/> 5. Sêmen			
<input type="checkbox"/> 6. Urina <input type="checkbox"/> 7. Swab retal <input type="checkbox"/> 8. Swab genital <input type="checkbox"/> 9. Outro(s), especifique _____			
<b>56</b> Método laboratorial			
<input type="checkbox"/> 1. MPX PCR (positivo para Monkeypox vírus - específico PCR) <input type="checkbox"/> 2. Sorologia <input type="checkbox"/> 3. Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR) <input type="checkbox"/> 4. Sanger			
<input type="checkbox"/> 5. Sequenciamento <input type="checkbox"/> 6. Next Generation Sequencing (NGS) <input type="checkbox"/> 7. Outro, especifique _____			
<b>57</b> Resultado do exame laboratorial	<input type="checkbox"/> 1. Detectável	<input type="checkbox"/> 2. Inconclusivo/indeterminado	<input type="checkbox"/> 3. Não detectável
<b>58</b> Se detectável, valor do CT	<b>59</b> Caracterização genômica		
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado
<b>60</b> Se caracterização genômica sim, clado	<b>61</b> Se caracterização genômica sim, número de adesão _____		
<input type="checkbox"/> 1. WA = clado da África Ocidental <input type="checkbox"/> 2. CB = clado da Bacia do Congo			
<input type="checkbox"/> 3. Outro, especifique _____			
<b>62</b> Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<b>63</b> Data de coleta _____
<b>64</b> Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares			
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Aguardando resultados			
<b>65</b> Vacicela/Herpes zoster	<b>66</b> Herpes simples		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente			
<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado			
<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado			
<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado			
<b>67</b> Infecções bacterianas de pele	<b>68</b> Sífilis primária ou secundária		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente			
<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado			
<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado			
<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado			
<b>69</b> Linfogranuloma venéreo			
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente			
<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado			
<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado			

<p><b>70</b> Cancroide</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente      <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente      <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente      <input type="checkbox"/> 4. Não realizado      <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado</p>						
<p><b>71</b> Molusco contagioso (Poxvírus)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente      <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente      <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente      <input type="checkbox"/> 4. Não realizado      <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado</p>						
<p><b>72</b> Infecção gonocócica disseminada</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente      <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente      <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente      <input type="checkbox"/> 4. Não realizado      <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado</p>						
<p><b>73</b> Granuloma inguinal</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente      <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente      <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente      <input type="checkbox"/> 4. Não realizado      <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado</p>						
<p><b>74</b> Reação alérgica</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente      <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente      <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente      <input type="checkbox"/> 4. Não realizado      <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado</p>						
<p><b>75</b> Especifique quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular</p>						
<p><b>76</b> Comportamento sexual</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Relações sexuais com homens</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Relações sexuais com mulheres</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Relações sexuais com homens e mulheres</p>			<p><b>77</b> Parcerias múltiplas</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>			
<p><b>78</b> O paciente é imunossuprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim - devido a alguma doença. Descreva _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim - devido a medicação</p>			<p><input type="checkbox"/> 3. Sim - causa desconhecida      <input type="checkbox"/> 4. Não      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>			
<p><b>79</b> O paciente é HIV positivo</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>	<p><b>80</b> Se paciente HIV positivo, contagem das células CD4</p>	<p><b>81</b> O paciente está com alguma IST ativa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>				
<p><b>82</b> Qual(ais) IST(s)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Clamídea      <input type="checkbox"/> 6. Linfogranuloma venéreo (LGV)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Gonorreia      <input type="checkbox"/> 7. Mycoplasma genitalium</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Herpes genital      <input type="checkbox"/> 8. Sífilis</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Cancro mole (cancroide)      <input type="checkbox"/> 9. HPV</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Donovanose      <input type="checkbox"/> 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)</p>						<p><input type="checkbox"/> 11. Trichomomas vaginalis</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Verruga genital</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Doença inflamatória pélvica (DIP)</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Outras, especifique: _____</p>
<p><b>83</b> Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, pré-exposição profilática para o evento atual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, pós-exposição profilática para o evento atual</p>						<p><b>84</b> Data da vacina</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>
<p><b>85</b> Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de Monkeypox?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>						<p><b>86</b> Data da exposição</p> <p>_____ _____ _____</p>
<p><b>87</b> Houve contato físico direto, incluindo sexual, com desconhecido/a(s) e/ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>						<p><b>88</b> Data do contato físico</p> <p>_____ _____ _____</p>
<p><b>89</b> Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox, os 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>						<p><b>90</b> Data d</p> <p>_____ _____ _____</p>
<p><b>91</b> País</p>	<p><b>92</b> Se ocorreu no Brasil, em qual UF?</p> <p>_____ _____ _____</p>	<p><b>93</b> Se ocorreu no Brasil, em qual município?</p>				

<p><b>94</b> Qual foi o local do contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Domicílio      <input type="checkbox"/> 4. Creche/Escola      <input type="checkbox"/> 7. Evento social com contato sexual  <input type="checkbox"/> 2. Vizinhança      <input type="checkbox"/> 5. Posto de saúde/Hospital      <input type="checkbox"/> 8. Outra, especifique: _____  <input type="checkbox"/> 3. Trabalho      <input type="checkbox"/> 6. Evento social sem contato sexual      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>								
<p><b>95</b> Detalhamentos da exposição</p> <p> </p>								
<p><b>96</b> Qual o nome do contato?</p> <p> </p>								
<p><b>97</b> Qual o (DDD) telefone do contato?</p> <p>(____) _____</p>			<p><b>98</b> O paciente viajou com os sintomas relatados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>					
<p><b>99</b> Houve contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>								
<p><b>100</b> O paciente é trabalhador de saúde que não fez uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>								
<p><b>101</b> A doença em investigação tem relação com o trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não      <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>								
<p><b>102</b> Nome da empresa/empregador</p> <p> </p>								
<p><b>103</b> Forma provável de transmissão</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Do animal para o homem      <input type="checkbox"/> 6. Transmissão sexual  <input type="checkbox"/> 2. Transmissão via uso de drogas intravenosas e transfusão      <input type="checkbox"/> 7. Contato com material contaminado (ex: roupas, lençóis e objetos)  <input type="checkbox"/> 3. Associado ao cuidado de saúde      <input type="checkbox"/> 8. Desconhecida  <input type="checkbox"/> 4. Transmissão vertical (mãe-filho)      <input type="checkbox"/> 9. Outro, especifique _____  <input type="checkbox"/> 5. Transmissão em laboratório, devido a exposição profissional</p>								
<p><b>104</b> Se transmitido do animal para o homem, com qual animal teve contato</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pets: cão, gato      <input type="checkbox"/> 4. Roedor silvestre  <input type="checkbox"/> 2. Pets roedores      <input type="checkbox"/> 5. Outro, especifique _____  <input type="checkbox"/> 3. Animal silvestre (excluído roedores silvestres)</p>					<p><b>105</b> O caso tem vínculo epidemiológico com caso provável ou confirmado de Monkeypox?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>			
<p><b>106</b> Classificação final</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Confirmado (laboratorialmente)      <input type="checkbox"/> 2. Descartado      <input type="checkbox"/> Provável</p>					<p><b>107</b> Data de conclusão da investigação</p> <p>_____</p>			
<p><b>108</b> Evolução do caso</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Óbito por Monkeypox      <input type="checkbox"/> 2. Cura      <input type="checkbox"/> 3. Óbito por outra causa      <input type="checkbox"/> 9. Ignorado</p>					<p><b>109</b> Data de evolução</p> <p>_____</p>			
<p>Informações complementares e observações</p> <p> </p>								