

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO

Dados da Notificação	UF da notificação ____ ____	Município da notificação ____ ____ ____ ____ ____ ____	Código IBGE ____ ____ ____ ____ ____ ____
	Código CNES ____ ____ ____ ____ ____ ____	Estabelecimento de saúde ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Dados de Identificação	1 Data da notificação ____ ____ ____		2 Cadastro de Pessoa Física (CPF) ____ ____ ____ ____ ____ ____ - ____
	3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		
	4 É estrangeiro (a)? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		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 ____ ____ ____		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"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 4. Outra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	14 Identidade de gênero <input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <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 ____ ____ ____ ____ ____ ____		
Dados do indivíduo	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"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	24 Escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. Educação Infantil <input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	25 Ocupação ____ ____ ____ ____ ____ ____		Código (CBO) ____ ____ ____ ____ ____ ____
	26 Atividade econômica ____ ____ ____ ____ ____ ____		Código (CNAE) ____ ____ ____ ____ ____ ____
	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
	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
	31 CEP de residência ____ ____ ____ ____ ____ ____ - ____ ____	32 UF de residência ____ ____	33 Município de residência ____ ____ ____ ____ ____ ____
	34 Bairro ____ ____ ____ ____ ____ ____	35 Logradouro ____ ____ ____ ____ ____ ____	36 Número ____ ____ ____ ____ ____ ____
	37 Complemento ____ ____ ____ ____ ____ ____		38 Telefone de contato (____) ____ ____ ____ ____ ____ ____ - ____ ____
	39 Zona <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		40 País de residência ____ ____ ____ ____ ____ ____

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 LIT				
<input type="checkbox"/> Assintomático	00000001	<input type="checkbox"/> Edema no pescoço	10028834	<input type="checkbox"/> Melenas	10027141
<input type="checkbox"/> Abscesso	10000269	<input type="checkbox"/> Edema nos membros	10060442	<input type="checkbox"/> Meningismo	10027197
<input type="checkbox"/> Adenite	10001137	<input type="checkbox"/> Edema peniano	10066774	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite	10027282
<input type="checkbox"/> Adenomegalia	10063721	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar agudo	10001024	<input type="checkbox"/> Mialgia	10028411
<input type="checkbox"/> Aerofobia	10080300	<input type="checkbox"/> Enterorragia	10077615	<input type="checkbox"/> Mialgia agravada	10048317
<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	10056436	<input type="checkbox"/> Epistaxe	10015090	<input type="checkbox"/> Microcefalia	10027534
<input type="checkbox"/> Agressividade	10001494	<input type="checkbox"/> Equimose	10014080	<input type="checkbox"/> Miocardite	10028606
<input type="checkbox"/> Anemia	10002034	<input type="checkbox"/> Erupção cutânea	10040841	<input type="checkbox"/> Movimentos anormais	10028039
<input type="checkbox"/> Anorexia	10002646	<input type="checkbox"/> Escarro sanguinolento	10041804	<input type="checkbox"/> Movimentos reduzidos	10028045
<input type="checkbox"/> Anúria	10002847	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	10041660	<input type="checkbox"/> Náusea	10028813
<input type="checkbox"/> Apnéia	10002972	<input type="checkbox"/> Estupor	10042264	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	10059385
<input type="checkbox"/> Arritmia	10003119	<input type="checkbox"/> Exantema	10015585	<input type="checkbox"/> Necrose isquêmica da pele	10074873
<input type="checkbox"/> Artralgia	10003239	<input type="checkbox"/> Febre	10016558	<input type="checkbox"/> Oligúria	10030302
<input type="checkbox"/> Artrite	10003246	<input type="checkbox"/> Febre intermitente	10058698	<input type="checkbox"/> Opistótono	10030898
<input type="checkbox"/> Astenia	10003549	<input type="checkbox"/> Febre recorrente	10038300	<input type="checkbox"/> Osteocondrite	10031230
<input type="checkbox"/> Aumento do fígado	10024676	<input type="checkbox"/> Fontanela aumentada	10054068	<input type="checkbox"/> Palidez	10033546
<input type="checkbox"/> Baço aumentado	10041637	<input type="checkbox"/> Força muscular anormal	10082799	<input type="checkbox"/> Paralisia	10033558
<input type="checkbox"/> Boca seca	10013781	<input type="checkbox"/> Fotossensibilidade	10034966	<input type="checkbox"/> Parestesia	10033775
<input type="checkbox"/> Bubões	10006519	<input type="checkbox"/> Fraqueza	10047862	<input type="checkbox"/> Perturbação da coordenação respiratória de sugar-engolir	10086396
<input type="checkbox"/> Calafrios	10008531	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular	10028350	<input type="checkbox"/> Peso diminuído	10047895
<input type="checkbox"/> Cansaço	10043890	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular do pescoço	10078993	<input type="checkbox"/> Petéquias	10034752
<input type="checkbox"/> Catarata	10007739	<input type="checkbox"/> Frequência cardíaca diminuída	10019301	<input type="checkbox"/> Proctite	10036774
<input type="checkbox"/> Cefaléia	10019211	<input type="checkbox"/> Gânglios inchados	10042720	<input type="checkbox"/> Prostração	10036985
<input type="checkbox"/> Celulite	10065339	<input type="checkbox"/> Glaucoma congênito	10010486	<input type="checkbox"/> Pseudoparalisia	10056300
<input type="checkbox"/> Choque	10040560	<input type="checkbox"/> Hematêmese	10018830	<input type="checkbox"/> Pulso irregular	10022994
<input type="checkbox"/> Choro neonatal anormal	10049455	<input type="checkbox"/> Melenas	10027141	<input type="checkbox"/> Pulso rápido	10037484
<input type="checkbox"/> Cianose	10011703	<input type="checkbox"/> Hematúria	10018867	<input type="checkbox"/> Púrpura	10037549
<input type="checkbox"/> Coma	10010071	<input type="checkbox"/> Hemoptise	10018964	<input type="checkbox"/> Retardo psicomotor	10037213
<input type="checkbox"/> Confusão mental	10027350	<input type="checkbox"/> Hemorragia alveolar pulmonar	10037313	<input type="checkbox"/> Retinopatia pigmentada adquirida	10054881
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	10010675	<input type="checkbox"/> Hemorragia anal	10049555	<input type="checkbox"/> Rigidez abdominal	10000090
<input type="checkbox"/> Conjuntivite	10010741	<input type="checkbox"/> Hemorragia do sistema nervoso central	10072043	<input type="checkbox"/> Rigidez da nuca	10058483
<input type="checkbox"/> Consciência diminuída	10010768	<input type="checkbox"/> Hemorragia gengival	10019544	<input type="checkbox"/> Rigidez dos membros	10024509
<input type="checkbox"/> Constipação	10010774	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	10019582	<input type="checkbox"/> Rinite infecciosa	10059827
<input type="checkbox"/> Contrações musculares involuntárias	10028293	<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	10019847	<input type="checkbox"/> Riso sardônico	10039198
<input type="checkbox"/> Contratura muscular	10062575	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	10019842	<input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio diminuída	10033318
<input type="checkbox"/> Convulsão	10010904	<input type="checkbox"/> Hidrofobia	10053317	<input type="checkbox"/> Sinal de kernig	10056294
<input type="checkbox"/> Coriza	10011214	<input type="checkbox"/> Hiperemia	10020565	<input type="checkbox"/> Sinal de Romana	10077073
<input type="checkbox"/> Cultura bacteriana positiva	10058588	<input type="checkbox"/> Hipotensão	10021097	<input type="checkbox"/> Síndrome da angústia respiratória do adulto	10001409
<input type="checkbox"/> Diarréia	10012727	<input type="checkbox"/> ICC	10007836	<input type="checkbox"/> Sintoma respiratório	10075535
<input type="checkbox"/> Diplopia	10013036	<input type="checkbox"/> Icterícia	10021207	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos	10029291
<input type="checkbox"/> Disartria	10013887	<input type="checkbox"/> Impetigo	10021531	<input type="checkbox"/> Sudorese	10067146
<input type="checkbox"/> Disfagia	10013950	<input type="checkbox"/> Infecção broncopulmonar	10052110	<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica	10070284
<input type="checkbox"/> Disfonia	10013952	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	10046544	<input type="checkbox"/> Temperatura alta	10020083
<input type="checkbox"/> Dispneia	10013963	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	10007554	<input type="checkbox"/> Temperatura corporal diminuída	10005910
<input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico	10019009	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	10022467	<input type="checkbox"/> Tontura	10018263
<input type="checkbox"/> Dor	10000424	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	10016162	<input type="checkbox"/> Tosse	10011224
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	10000081	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória aguda	10001053	<input type="checkbox"/> Tosse paroxística	10066222
<input type="checkbox"/> Dor corporal geral	10048971	<input type="checkbox"/> Lesão anal	10054852	<input type="checkbox"/> Tosse seca	10013773
<input type="checkbox"/> Dor de garganta	10041367	<input type="checkbox"/> Lesão cutânea	10040882	<input type="checkbox"/> Trismo	10024793
<input type="checkbox"/> Dor lombar	10024798	<input type="checkbox"/> Lesão da pele	10061364	<input type="checkbox"/> Uretrite	10046480
<input type="checkbox"/> Dor muscular	10028287	<input type="checkbox"/> Lesão genital	10063630	<input type="checkbox"/> Vertigem	10047340
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	10007031	<input type="checkbox"/> Lesão oral	10059037	<input type="checkbox"/> Visão turva	10005886
<input type="checkbox"/> Dor nas costas	10003978	<input type="checkbox"/> Leucopenia	10024283	<input type="checkbox"/> Vômito	10047700
<input type="checkbox"/> Dor nas costas aguda	10000683	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	10025197	<input type="checkbox"/> Zumbido nos ouvidos	10013996
<input type="checkbox"/> Dor no peito	10000425	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia axilar	10049109	<input type="checkbox"/> Outro, especifique:	00000001
<input type="checkbox"/> Dor ocular	10015958	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada	10069548		
<input type="checkbox"/> Dor retro-orbital	10050741	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia inguinal	10025203		
<input type="checkbox"/> Dor torácica	10008461	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia cervical	10025200		
<input type="checkbox"/> Edema	10014210	<input type="checkbox"/> Manchas vermelhas elevadas generalizadas no tronco	10018094		
<input type="checkbox"/> Edema facial	10014222				

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

Dados de hospitalização e tratamento

46 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 <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
47 Data da internação		48 O paciente foi para a UTI?
____/____/____		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
49 UF da hospitalização	50 Município da hospitalização	Código IBGE
____	____	____
51 CNES do hospital	Nome do hospital	
____	____	
52 Tratamento para Monkeypox		
<input type="checkbox"/> 1. Tecovirimat <input type="checkbox"/> 5. Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido <input type="checkbox"/> 2. Brincidofovir <input type="checkbox"/> 6. Não, sem tratamento antiviral <input type="checkbox"/> 3. Cidofovir <input type="checkbox"/> 7. Outro(s), especifique _____ <input type="checkbox"/> 4. Não informado		

Dados laboratoriais diagnósticos para Monkeypox (qPCR)

53 Existe coleta de amostra laboratorial?		54 Data de coleta
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	____/____/____	
55 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"/> 6. Urina <input type="checkbox"/> 3. Swab orofaríngeo <input type="checkbox"/> 7. Swab retal <input type="checkbox"/> 4. Soro <input type="checkbox"/> 8. Swab genital <input type="checkbox"/> 5. Sêmen <input type="checkbox"/> 9. Outro(s), especifique _____		
56 Método laboratorial		
<input type="checkbox"/> 1. MPX PCR (positivo para Monkeypor poxvírus - específico PCR) <input type="checkbox"/> 5. Sequenciamento <input type="checkbox"/> 2. Sorologia <input type="checkbox"/> 6. Next Generation Sequencing (NGS) <input type="checkbox"/> 3. Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR) <input type="checkbox"/> 7. Outro, especifique _____ <input type="checkbox"/> 4. Sanger		
57 Resultado do exame laboratorial		
<input type="checkbox"/> 1. Detectável <input type="checkbox"/> 2. Inconclusivo/indeterminado <input type="checkbox"/> 3. Não detectável <input type="checkbox"/> 4. Pendente		
58 Se detectável, valor do CT	59 Caracterização genômica	
____	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
60 Se caracterização genômica sim, clado		
<input type="checkbox"/> 1. WA = clado da África Ocidental <input type="checkbox"/> 3. Outro, especifique _____ <input type="checkbox"/> 2. CB = clado da Bacia do Congo		
61 Se caracterização genômica sim, número de adesão		

Resultado diagnóstico complementar

62 Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar		63 Data de coleta
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	____/____/____	
64 Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Aguardando resultados		
65 Vacicela/Herpes zoster		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado		
66 Herpes simples		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado		
67 Infecções bacterianas de pele		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado		
68 Sífilis primária ou secundária		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado		
69 Linfogranuloma venéreo		
<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente <input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente <input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente <input type="checkbox"/> 4. Não realizado <input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado		

70 Cancroide	<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
	<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
71 Molusco contagioso (Poxvírus)	<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
	<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
72 Infecção gonocócica disseminada	<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
	<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
73 Granuloma inguinal	<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
	<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
74 Reação alérgica	<input type="checkbox"/> 1. Confirmado clinicamente	<input type="checkbox"/> 3. Descartado clinicamente	<input type="checkbox"/> 5. Confirmado laboratorialmente
	<input type="checkbox"/> 2. Descartado laboratorialmente	<input type="checkbox"/> 4. Não realizado	<input type="checkbox"/> 6. Aguardando resultado
75 Especifique quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular			

76 Comportamento sexual	77 Parcerias múltiplas
<input type="checkbox"/> 1. Relações sexuais com homens	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 2. Relações sexuais com mulheres	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 3. Relações sexuais com homens e mulheres	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado
78 O paciente é imunossuprimido?	
<input type="checkbox"/> 1. Sim - devido alguma doença. Descreva _____	
<input type="checkbox"/> 2. Sim - devido a medicação	<input type="checkbox"/> 3. Sim - causa desconhecida
<input type="checkbox"/> 4. Não	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado
79 O paciente é HIV positivo	80 Se paciente HIV positivo, contagem das células CD4
<input type="checkbox"/> 1. Sim	
<input type="checkbox"/> 2. Não	
<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
81 O paciente está com alguma IST ativa?	
<input type="checkbox"/> 1. Sim	
<input type="checkbox"/> 2. Não	
<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
82 Qual(ais) IST(s)?	
<input type="checkbox"/> 1. Clamídea	<input type="checkbox"/> 6. Linfogranuloma venéreo (LGV)
<input type="checkbox"/> 2. Gonorréia	<input type="checkbox"/> 7. Mycoplasma genitalium
<input type="checkbox"/> 3. Herpes genital	<input type="checkbox"/> 8. Sífilis
<input type="checkbox"/> 4. Cancro mole (cancroide)	<input type="checkbox"/> 9. HPV
<input type="checkbox"/> 5. Donovanose	<input type="checkbox"/> 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)
<input type="checkbox"/> 11. Trichomonas vaginalis	
<input type="checkbox"/> 12. Verruga genital	
<input type="checkbox"/> 13. Doença inflamatória pélvica (DIP)	
<input type="checkbox"/> 14. Outras, especifique:	

83 Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?	84 Data da vacina
<input type="checkbox"/> 1. Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual	<input type="checkbox"/> 4. Não
<input type="checkbox"/> 2. Sim, pré-exposição profilática para o evento atual	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado
<input type="checkbox"/> 3. Sim, pós-exposição profilática para o evento atual	____ ____ ____
85 Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de Monkeypox?	86 Data da exposição
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	____ ____ ____
87 Houve contato físico direto, incluindo sexual, com desconhecido/a(s) e/ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	88 Data do contato físico
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	____ ____ ____
89 Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum com caso provável ou confirmado de Monkeypox, os 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	90 Data d
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	____ ____ ____
91 País	92 Se ocorreu no Brasil, em qual UF?
_____	____ ____
93 Se ocorreu no Brasil, em qual município?	

[illegible]