



MONITORAMENTO DE CASOS DE MONKEYPOX

IDENTIFICAÇÃO

Data do monitoramento: __/__/__.	1. Nome:	2. Data de nascimento: __/__/__.	Idade:
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	4. Município de Residência:	5. Telefone1: ()	
CPF:	7. Orientação sexual: <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Outra	8. Data do início de sintomas __/__/__	
9. Possui HIV: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	10. Possui Comorbidade: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____		
11. Possui alguma IST: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____	12. Faz parte de algum grupo de risco: <input type="checkbox"/> Imunossuprimido <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Puérpera <input type="checkbox"/> Criança (menor de 8 anos)		

RESULTADO FINAL DO MONITORAMENTO DO CASO

ENCERRAMENTO DO MONITORAMENTO: () Concluído, cura () Concluído, internação () Recusa () Concluído, óbito () Perda de Seguimento
--

MONITORAMENTO - 01

Sinais e sintomas:
Data do contato para monitoramento: Data: __/__/__.
Procurou atendimento em alguma unidade de saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____
Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Período: : __/__/__ a __/__/__
Qual unidade de saúde de internação?
Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____
Observações e Orientações: _____ _____

MONITORAMENTO - 02

Sinais e sintomas:
Data do contato para monitoramento: Data: __/__/__.
Procurou atendimento em alguma unidade de saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____
Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Período: : __/__/__ a __/__/__
Qual unidade de saúde de internação?
Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____
Observações e Orientações: _____ _____

MONITORAMENTO - 03	MONITORAMENTO - 04
<p>Sinais e sintomas:</p> <p>Data do contato para monitoramento: Data: __/__/__.</p>	<p>Sinais e sintomas:</p> <p>Data do contato para monitoramento: Data: __/__/__.</p>
<p>Procurou atendimento em alguma unidade de saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>	<p>Procurou atendimento em alguma unidade de saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>
<p>Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Período: : __/__/__ a __/__/__</p>	<p>Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Período: : __/__/__ a __/__/__</p>
<p>Qual unidade de saúde de internação?</p>	<p>Qual unidade de saúde de internação?</p>
<p>Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>	<p>Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>
<p>Observações e Orientações: _____</p>	<p>Observações e Orientações: _____</p>
<p>Profissional responsável pelo monitoramento:</p>	<p>Profissional responsável pelo monitoramento:</p>
MONITORAMENTO - 05	MONITORAMENTO - 06
<p>Sinais e sintomas</p> <p>Data do contato para monitoramento: Data: __/__/__.</p>	<p>Sinais e sintomas</p> <p>Data do contato para monitoramento: Data: __/__/__.</p>
<p>Procurou atendimento em alguma unidade de saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>	<p>Procurou atendimento em alguma unidade de saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>
<p>Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Período: : __/__/__ a __/__/__</p>	<p>Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Período: : __/__/__ a __/__/__</p>
<p>Qual unidade de saúde de internação?</p>	<p>Qual unidade de saúde de internação?</p>
<p>Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>	<p>Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual? _____</p>
<p>Observações e Orientações: _____</p>	<p>Observações e Orientações: _____</p>
<p>Profissional responsável pelo monitoramento:</p>	<p>Profissional responsável pelo monitoramento:</p>