

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA – MAJMUNSKKE BOGINJE

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/____/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: _/_/____/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		
Seksualna orijentacija: <input type="checkbox"/> HETERO <input type="checkbox"/> HOMOSEKSUALAC <input type="checkbox"/> BISEKSUALAC <input type="checkbox"/> DRUGO		
Jeli slučaj zdravstveni radnik: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP		

PODATCI O ZDRAVSTVENOM STANJU

Je li osoba bila trudna u vrijeme dijagnoze?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP
Je li osoba imunokompromitirana?	<input type="checkbox"/> DA, zbog bolesti <input type="checkbox"/> DA, zbog lijekova <input type="checkbox"/> DA, razlog nepoznat <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP
Je li osoba HIV pozitivna?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP
Ako je odgovor DA, broj CD4 limfocita	BROJ: _____
Je li osoba primila cjepiva protiv majmunskih boginja?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP
Ako jest, datum cijepljenja: /_/_/____/	

KLINIČKA PREZENTACIJA BOLESTI

Je li osoba imala klinički manifestne simptome?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP
Datum početka simptoma:	/_/_/____/
Simptomi:	<input type="checkbox"/> OSIP = lezije kože/sluznice isključujući oralna ili anogenitalna područja <input type="checkbox"/> GENITALNI = Anogenitalne dermatološke lezije kože/sluznice <input type="checkbox"/> ORALNO = Oralne dermatološke lezije kože/sluznice <input type="checkbox"/> VRUĆICA <input type="checkbox"/> LIMF = Generalizirana limfadenopatija <input type="checkbox"/> LOCALLYMPH = Lokalizirana limfadenopatija <input type="checkbox"/> MIALGIJA = bol u mišićima <input type="checkbox"/> GRLOBOLJA <input type="checkbox"/> UMOR <input type="checkbox"/> ZIMICA <input type="checkbox"/> GLAVOBOLJA <input type="checkbox"/> KONJUKTIVITIS

<p>Ako je slučaj imao osip, datum početka osipa: Ima li slučaj spolno prenosivu bolest? Ako da, koju?</p>	<input type="checkbox"/> POVRAĆANJE <input type="checkbox"/> KAŠALJ <input type="checkbox"/> OSTALO: _____ /_/_/_/_/_/_____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP
---	---

Je li osoba primila antivirusni tretman za
 majmunske boginje? DA NE NP

Ako da, koji? _____

Datum oboljenja: /_/_/_/_/_/	Datum javljanja liječniku: /_/_/_/_/_/
Hospitalizacija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Datum hospitalizacije /_/_/_/_/_/	Trajanje hospitalizacije : /_/_/_/_/
Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> umro <input type="checkbox"/> bez podatka	Ako je umro, datum: /_/_/_/_/_/

IZLOŽENOST (odnosi se na period od javljanja liječniku do tri tjedna prije pojave simptoma ili dijagnoze)

<p>Je li slučaj bio u kontaktu s nekim tko ima slične simptome ili s poznatim potvrđenim slučajem ili s kontaminiranim materijalom (tjelesne tekućine, predmeti, posteljina itd.)? Koje je okruženje u kojem je došlo do izlaganja najvjerojatnijem slučaju zaraze?</p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> Domaćinstvo <input type="checkbox"/> Radno mjesto <input type="checkbox"/> Škola/vrtić <input type="checkbox"/> Zdravstvena ustanova <input type="checkbox"/> Seksualni kontakt u noćnom klubu/privatnoj zabavi/sauni ili sličnom okruženju <input type="checkbox"/> Bar/restoran/ ili drugi manji događaj gdje nije bilo seksualnog kontakta <input type="checkbox"/> Veliki događaj bez seksualnog kontakta (npr. festival ili sportski događaj) <input type="checkbox"/> Veliki događaj sa seksualnim kontaktom <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> NP
<p>Pojedinosti o mjestu izloženosti ako je odgovor OSTALO (ime, lokacija, sudionici itd.)</p>	
<p>Je li slučaj putovao u drugu zemlju u posljednja tri tjedna? Ako jest, u koju zemlju i grad? S kojim vrstama životinja je slučaj bio u kontaktu?</p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> Kućni ljubimci, isključujući glodavce <input type="checkbox"/> Kućni ljubimci glodavci <input type="checkbox"/> Divlje životinje, isključujući glodavce <input type="checkbox"/> Divlji glodavci <input type="checkbox"/> Ostalo: _____ <input type="checkbox"/> ANIMAL = Prijenos sa životinje na čovjeka
<p>Na temelju dosadašnjih informacija, koji je najvjerojatniji način prijenosa?</p>	

- HAI = Povezano sa zdravstvenom skrbi
- LAB = Prijenos u laboratoriju zbog profesionalne izloženosti
- MTCT = Prijenos s majke na dijete tijekom trudnoće ili pri porodu
- DRUGO = Drugi prijenos
- FOMITE = Kontakt s kontaminiranim materijalom (npr. posteljina, odjeća, predmeti)
- PTP = s osobe na osobu (isključujući: prijenos s majke na dijete, prijenos putem zdravstvene skrbi ili spolni odnos)
- SPOL = spolni prijenos
- TRANSFU = parenteralni prijenos uključujući intravenoznu upotrebu droga i transfuziju
- NP = Nepoznato

LABORATORIJSKI PODATCI

Koji je uzorak analiziran za dijagnozu slučaja?

- Materijal kožnih lezija
- Krusta lezije
- Orofaringealni bris
- Urin
- Sjeme
- Genitalni bris
- Rektalni bris
- Serum
- Drugi uzorak: _____

Kojom je laboratorijskom metodom analiziran uzorak za dijagnozu? _____