S. R.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

CIRCULAR NORMATIVA

Direção Regional da Saúde
SAÍDA 2022/1559
23-09-2022 16:44 DRS

Assunto: **Abordagem de casos de infeção humana por vírus *Monkeypox* (VMPX)** – Adaptação da Orientação da DGS n.º 004/2022 de 31/05/2022, atualizada a 15/09/2022

Para: **Todos os Médicos, Enfermeiros e Farmacêuticos em funções nas unidades de saúde integradas no Sistema Regional de Saúde**

SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO:

- Atualização de vários pontos ao longo da Orientação, nomeadamente nas seções de Definição de caso (2.), Abordagem clínica de grávidas (8.), Notificação de caso (10.-13.), Diagnóstico laboratorial (14.-23.), Gestão de Contactos (31.-37.), Vigilância de contactos (38.-43.) e Vacinação (46.)

Na sequência da nossa Circular Normativa n.º 1174 de 08/07/2022 e da atualização da Orientação n.º 004/2022, da Direção-Geral da Saúde, em 15/09/2022, a Direção Regional da Saúde vem pela presente circular proceder à divulgação para aplicação na RAM.

Assinala-se que no que respeita à linha de contato perante uma suspeita de infeção por *Monkeypox*, na RAM, deverá ser considerado o n.º 800 24 24 20 – linha SRS 24.

Este documento aborda aspetos como a definição de caso, a referenciação e abordagem clínica de casos suspeitos e prováveis, a notificação de casos, o diagnóstico laboratorial, a prevenção e controlo nas unidades de saúde, medidas de saúde pública, comunicação com os profissionais de saúde e com a comunidade, bem como aspetos epidemiológicos e clínicos relevantes.

O Diretor Regional

Herberto Jesus

DPESG – BG/IM

Rua 31 de Janeiro, n.os 54 e 55 | 9054-511 Funchal | T. +351 291 145 050
www.madeira.gov.pt/drs | drs@madeira.gov.pt | NIF: 600 086 623

Mod. DRS 009.03

ORIENTAÇÃO

NÚMERO:	004/2022
DATA:	31/05/2022
ATUALIZAÇÃO	15/09/2022
ASSUNTO:	Abordagem de casos de infeção humana por vírus *Monkeypox* (VMPX)
PALAVRAS-CHAVE:	Infeção humana por vírus Monkeypox (VMPX), Infeciologia, Vigilância, Diagnóstico laboratorial
PARA:	Sistema de saúde
CONTACTOS:	Centro de Emergências em Saúde Pública – cesp@dgs.min-saude.pt
SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO:	Atualização de vários pontos ao longo da Orientação, nomeadamente nas seções de Definição de caso (2.), Abordagem clínica de grávidas (8.), Notificação de caso (10.-13.), Diagnóstico laboratorial 14.-23.), Gestão de Contactos (31.- 37.), Vigilância de contactos (38. -43.) e Vacinação (46.)

ENQUADRAMENTO

Em Portugal, a 3 de maio de 2022, foram identificados 5 casos atípicos de úlceras genitais em homens, em consultas de infeções sexualmente transmissíveis (IST) no Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central e no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) – Checkpoint LX. Perante a exclusão dos diagnósticos diferenciais mais habituais, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) procurou alternativas de diagnóstico em redes laboratoriais europeias.

A 15 de maio de 2022, o Ponto Focal do Regulamento Sanitário Internacional do Reino Unido contactou a Direção-Geral da Saúde (DGS), referindo apresentações clínicas semelhantes em 4 casos confirmados de infeção por vírus *Monkeypox* (VMPX).

Em Portugal, a 17 de maio, foram confirmados resultados positivos para VMPX em três amostras biológicas, tornando-se conhecidos os primeiros casos de infeção pelo vírus no país.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a DGS atualiza a seguinte **Orientação:**

1. A abordagem clínica e epidemiológica de pessoas com suspeita de infeção por VMPX é implementada através de medidas e ações constantes na presente Orientação, de acordo com as atribuições e competências das unidades de saúde e serviços de saúde pública.

DEFINIÇÃO DE CASO

2. Para promover a deteção precoce de casos suspeitos, a notificação, confirmação e investigação epidemiológica, a DGS adaptou a seguinte definição de caso**,** com base nas definições da Organização Mundial da Saúde (OMS)[1], da Agência de Segurança de Saúde no Reino Unido[2] e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) [3,4,]:

   a. **<u>Caso suspeito</u>**

   - Uma pessoa que seja contacto, nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas, de um caso provável ou confirmado de infeção por VMPX e que apresente um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: febre de início súbito (≥38,0ºC), astenia, mialgia, dorsalgia, cefaleia.

   OU

   - Uma pessoa que apresente:
     - **Exantema** (macular, papular, vesicular ou pustular generalizado ou localizado) e/ou queixas ano-genitais (incluindo úlceras), de início súbito, desde 1 de janeiro de 2022[5], não explicadas por outros diagnósticos diferenciais[6];

[1] WHO. Disease Outbreak News . Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries Monkeypox fact sheet.. Geneva.21 May 2022. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385
[2] UK Health Security Agency. Monkeypox case definitions. United Kingdom: UKHSA, 24 May 2022: https://www.gov.uk/guidance/monkeypox-case-definitions
[3]ECDC. Rapid Risk Assessment Monkeypox multi-country outbreak. Stockholm, 23 May 2022. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak
[4] ECDC. TESSy - The European Surveillance System Monkeypox (MPX). Reporting Protocol. Version 3.1, 8 September 2022: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monkeypox-mpx-reporting-protocol-2022
[5] Data de acordo com orientações da OMS: WHO. Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox: interim guidance, 24 June 2022 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2
[6] São diagnósticos diferenciais mais frequentes de Exantema (com ou sem febre): varicela, herpes zóster disseminado, eczema herpético por vírus herpes simplex, sarampo, molusco contagioso. Se houver atingimento palmo-plantar, considerar especialmente primoinfeção pelo VIH, sífilis secundária, infeção por enterovírus, escabiose, ou ainda febre escaro-nodular e erupções cutâneas de

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

E podendo coexistir com:

- Um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: febre de início súbito (≥38,0ºC), astenia, mialgia, dorsalgia, cefaleia, adenomegalia.

b. **Caso provável**

Uma pessoa que apresente um exantema não justificável por outra patologia,(macular, papular, vesicular ou pustular generalizado ou localizado) e/ou queixas ano-genitais (incluindo úlceras).

E

Um ou mais dos seguintes critérios:

- Seja contacto, nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas, de um caso provável ou confirmado de infeção por VMPX
- dentificação como homossexual, bissexual ou homem que tem sexo com homens;
- Múltiplos parceiros/parceiros casuais nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas;
- Resultado positivo para infeção por vírus orthopox (exclui detetado ADN de VMPX por PCR em tempo real e/ou sequenciação numa amostra biológica)
- Níveis serológicos detetáveis de IgM para vírus orthopox ou aumento de 4 vezes da titulação de IgG em amostras recentes, na ausência de vacinação recente contra varíola ou infeção por VMPX e sem outra exposição conhecida a vírus orthopox.

c. Caso confirmado

Considera-se **caso confirmado** de infeção por VMPX se for detetado ADN de VMPX por PCR em tempo real e/ou sequenciação numa amostra biológica (ver ponto 14).

etiologia farmacológica. Se houver úlcera genital (com ou sem exantema e/ou febre): herpes simplex genital (especialmente por Vírus Herpes Simplex 2 (VHS-2)), sífilis primária (com ou sem evolução para sífilis secundária), infeção por *Chlamydia trachomatis* (incluindo serótipos LGV), e, menos frequentemente, cancróide e donovanose/granuloma inguinal por *Klebsiella granulomatis*).

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

REFERENCIAÇÃO E ABORDAGEM CLÍNICA DE CASOS SUSPEITOS E PROVÁVEIS

3. Perante uma situação de suspeita clínica de infeção por VMPX, qualquer pessoa pode contactar o SNS24 (808 24 24 24) para ser referenciada, rapidamente, para observação médica numa consulta de Cuidados de Saúde Primários ou num Serviço de Urgência de acordo com a situação clínica.

4. Em contexto de consulta não especializada, perante a avaliação clínica de um caso suspeito ou provável de infeção por VMPX, o mesmo deverá ser referenciado para um Serviço de Urgência, de preferência com apoio de doenças infeciosas ou de dermatologia, ou para consultas abertas de IST, se clinicamente adequado e geograficamente mais acessível. Deverá ser notificada a suspeição clínica em SINAVEmed.

5. Em contexto de consulta de especialidade e de cuidados hospitalares (ver pontos 14. – 29.), dever-se-á:
   a. Avaliar a situação clínica do caso suspeito ou provável, de acordo com os protocolos de seguimento utilizados na instituição de saúde, no que se refere a critérios de internamento;
   b. Colher amostras para diagnóstico de infeção por VMPX;
   c. Colher amostras para diagnóstico diferencial e/ou de coinfecções possíveis;
   d. Notificar a suspeição clínica em SINAVEmed;
   e. Garantir, se não houver critérios de internamento, a continuidade do tratamento e a vigilância clínica em consulta de especialidade adequada, para reavaliação, preferencialmente, em 48-72h.
   f. Garantir que nas consultas consequentes de doenças infeciosas ou de dermatologia seja realizada:
      I. Emissão do Certificado de Incapacidade Temporária (CIT)
      II. Confirmação se foi feita ou notificação em SINAVEmed com o preenchimento mais detalhado possível de informação sobre o caso suspeito, provável ou confirmado (inclusive correio eletrónico e contacto telefónico do caso)
      III. Acompanhamento da evolução clínica até à resolução das lesões cutâneas.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

6. A emissão de CIT ou baixa médica deve ser emitida pelo médico, perante um caso suspeito, provável ou confirmado, durante o tempo necessário, até à resolução das lesões cutâneo-mucosas (queda das crostas).

7. A abordagem terapêutica depende da avaliação clínica individual do caso. Considerando que a maioria dos casos de doença requer somente cuidados em ambulatório, o tratamento é, na maioria das situações, de suporte sintomático (hidratação, analgesia e antipiréticos).

8. A abordagem clínica de grávidas confirmadas com infeção por VPMX:
   a. Obriga a seguimento da grávida em consulta de alto risco de obstetrícia em hospital de apoio perinatal diferenciado, que implica procedimentos específicos de vigilância da gravidez e monitorização fetal;
   b. Pode justificar seguimento em ambulatório se a situação clínica for estável;
   c. Deve implicar internamento se houver agravamento de sintomatologia/quadro clínico.

9. Os casos suspeitos, prováveis e confirmados **não devem** doar sangue, células, tecidos, órgãos, leite materno, sémen ou outras substâncias de origem humana até nova indicação das autoridades nacionais e europeias sobre o período de tempo em que se aplicam estas recomendações.

NOTIFICAÇÃO DE CASOS

10. A notificação e a respetiva realização do inquérito epidemiológico de casos suspeitos, prováveis e confirmados de infeção por VMPX deverá ser submetida no sistema SINAVEmed, acessível em https://sinave.min-saude.pt/SINAVE.MIN-SAUDE/login.html (acedendo ao SINAVEmed, devendo ser selecionada a opção "Infeção por Vírus *Monkeypox*").

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

11. Todos os casos suspeitos e prováveis devem ser notificados pelo clínico, mesmo antes de confirmação laboratorial do diagnóstico, devendo ser desencadeada de imediato a identificação e contactos que devem ser submetidos na plataforma SINAVE med na seção específica.

12. Deve ser mantida a articulação da investigação epidemiológica entre a autoridade de saúde local, o clínico e a autoridade de saúde regional na abordagem do caso, para a recolha exaustiva e harmonizada de informação de casos, com apoio do guia de inquérito epidemiológico (Anexo I).

13. A notificação deve ser iniciada pelo clínico e completada pela autoridade de saúde (AS), devendo a recolha de informação, junto do caso, ser realizada em ambiente adequado (suspeito, provável ou confirmado) e de forma pormenorizada, nomeadamente através da identificação dos contactos próximos a submeter no SINAVEmed, devendo ainda serem referenciados os contactos elegíveis para vacinação, de acordo com a Norma nº 006/2022 de 12 de julho.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

14. Perante um caso suspeito ou provável, dever-se-á proceder à colheita dos seguintes produtos para pesquisa de VMPX:
    a. 1 zaragatoa com exsudado da ferida ou fluido vesicular ou pustular, em meio de transporte viral;
    b. 1 zaragatoa orofaríngea[7] em meio de transporte viral;
    c. Duas amostras de sangue em tubo de gel para colheita de soro (5 mL) para a realização de testes serológicos[8]:
        I. uma amostra colhida na fase aguda;
        II. uma amostra colhida na fase convalescença (2-4 semanas após fase aguda);
    d. Se justificado, 1 zaragatoa ano-retal em meio de transporte viral.

[7] A colheita de zaragatoa na nasofaringe ou orofaringe só é recomendada no estadio febril, antes do aparecimento do exantema (1-4 dias pós incubação) ou quando existirem lesões na boca.
[8] Os testes serológicos poderão suportar a investigação futura dos casos de infeção pelo vírus Monkeypox. Só devem ser utilizados em complemento ao diagnóstico por biologia molecular (RT-PCR).

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

15. Os profissionais envolvidos na colheita das amostras devem usar equipamento de proteção individual (EPI), bem como ter precauções adicionais de contacto e precauções de contacto da via aérea, inclusive com proteção ocular.

16. Considerando que o VPMX é um microrganismo do grupo de risco biológico 3, os produtos biológicos devem ser remetidos em tripla embalagem (Categoria A), à temperatura ambiente, até 3 horas após a colheita. Em situações especiais que excedam as 3 horas, as amostras devem ser mantidas refrigeradas entre 4 a 10º C (Anexo II).

17. Todos os casos suspeitos de infeção pelo VMPX devem ser submetidos a diagnóstico laboratorial:
    a. O diagnóstico laboratorial será realizado, preferencialmente, na Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação (UREB/INSA) do Departamento de Doenças Infeciosas do INSA (laboratório de referência nacional), mediante requisição médica para pesquisa de VPMX;
    e. Caso o diagnóstico laboratorial tenha sido realizado noutro laboratório, devem ser enviadas à UREB/INSA:
        I. todas as amostras cujo resultado de diagnóstico tenha sido inconclusivo;
        II. todas as amostras positivas de casos de infeção por VMPX, a fim de ser efetuada a sequenciação do genoma viral.
    b. A integração da análise genómica com a informação epidemiológica e clínica dos casos de infeção por VMPX é crítica para o estudo e controlo da transmissão do vírus na comunidade, monitorização da doença e de marcadores genómicos associados à gravidade da doença. O conhecimento do genoma viral permite, ainda, avaliar o desempenho dos testes de diagnóstico laboratorial.

18. A requisição médica deve ser acompanhada de informação complementar, de acordo com o modelo constante no anexo III desta Orientação.

19. O anexo III deverá ser preenchido na sua totalidade e acompanhar a aquisição e as amostras. Prevê campos obrigatórios de preenchimento, para além do número nacional

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

de utente do SNS (em alternativa, o número de passaporte ou de outro documento de identificação), dos campos de correio eletrónico ou de outro contacto direto do utente e do nome e correio eletrónico do médico que efetua o pedido. Os campos de correio eletrónico do clínico e do caso suspeito são essenciais para a receção do boletim de resultados. Para as situações em que há uma etiqueta da unidade de saúde a acompanhar as amostras, deverá o clínico preencher, na ficha de Informação, os dados não constantes da etiqueta da unidade de saúde.

20. Para esclarecimentos sobre envio de amostras para o laboratório de referência nacional, pode ser contactada a Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação do Departamento de Doenças Infeciosas do INSA (tel. 217 519 200)

21. As avaliações de rotina de parâmetros hematológicos ou bioquímicos, em amostras de sangue ou urina, podem ser efetuadas como habitualmente, desde que sejam cumpridas todas as regras de segurança na sua manipulação. Para outras determinações laboratoriais deve efetuar-se, primeiro, a pesquisa de VMPX ou, em alternativa, as amostras devem ser inativadas.

22. Os produtos biológicos para diagnóstico de infeção por VMPX devem ser manipulados num laboratório de segurança biológica de nível 2 (BSL-2) com práticas laboratoriais mais rigorosas (BSL-3), nomeadamente, EPI apropriado e outras precauções padrão aplicadas, de modo a evitar quaisquer procedimentos que possam gerar aerossóis. Antes da inativação do vírus, todas as amostras devem ser manipuladas em câmaras de segurança biológica de Classe I ou, preferencialmente, II (CSB).

23. Todas as amostras avaliadas laboratorialmente para VMPX devem ser notificadas pelo respetivo laboratório através do SINAVElab, independentemente do seu resultado.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

PREVENÇÃO E CONTROLO NAS UNIDADES DE SAÚDE

24. Nas unidades de saúde, perante um caso suspeito, provável ou confirmado de infeção por VMPX, devem ser instituídas medidas de prevenção e de controlo de infeção para transmissão por contacto e gotícula, dando cumprimento às regras estabelecidas para controlo de infeção pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

25. Perante a necessidade de internamento hospitalar, devem ser implementadas medidas de isolamento de contacto e de gotícula e, se suspeita de varicela ou herpes *zoster* disseminado como coinfecção ou diagnóstico diferencial, e até à sua exclusão, ou necessidade de uso de tratamento com nebulização ou oxigenoterapia nasal de alto fluxo ou ventilação não invasiva, provir adicionalmente isolamento de via aérea em quarto individual, idealmente com casa de banho privativa e pressão negativa.

26. As medidas de isolamento de caso suspeito, provável ou confirmado hospitalizado devem ser mantidas até infirmação de caso ou resolução de todas as lesões, com queda natural das crostas.

Equipamento de proteção individual (EPI) para profissionais de saúde

27. Para prestação de cuidados diretos a doentes com sinais e sintomas recomenda-se o uso de:
    a. Respirador de partículas (FFP2). A abordagem inicial poderá ser efetuada com uma máscara cirúrgica. No entanto, após verificação de lesões suspeitas, deverá ser utilizada a máscara FFP2 (EN equivalente certificado ou N95 certificado pelo NIOSH dos EUA), em especial na recolha de amostras e para a realização de procedimentos geradores de aerossóis[9];
    b. Avental ou bata de manga comprida e luvas descartáveis. No caso de intervenções e procedimentos de maior risco, a bata deve ser impermeável;

[9] WHO. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. Update 20 May: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

c. Proteção ocular (óculos ou viseira) para procedimentos com risco de aerossolização, contacto com fluidos e durante a higienização da unidade do doente (exemplo: remoção de roupa de cama ou de banho, procedimentos que levem a pulverização de crostas ou outros produtos resultantes da descamação cutânea).

28. A colocação e retirada do EPI deve ser realizada cuidadosamente e complementada com a higienização das mãos, nos momentos adequados e após concluída a sua remoção.

29. Os resíduos devem ser cautelosamente manuseados e tratados como resíduos clínicos infeciosos, categoria A (UN 2814) e manuseados de acordo com as políticas do estabelecimento de saúde e com os regulamentos e circuitos locais. Os profissionais envolvidos na gestão de resíduos devem usar EPI[10], de acordo com as características acima referidas.

MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA

Recomendações[10,11,12] para um caso suspeito, provável ou confirmado

30. Perante um caso suspeito, provável ou confirmado, é emitido o CIT pelo clínico e recomendam-se as seguintes medidas:
    a. Isolamento domiciliário e distanciamento físico com outras pessoas até à resolução das lesões (queda das crostas);
    b. Evicção de contacto físico próximo (coabitantes), pele-com-pele ou pele-com-mucosa, incluindo contactos sexuais até resolução das lesões (queda das crostas);
    c. Distanciamento físico evitando a permanência em espaço comum com coabitantes; essa privação é especialmente relevante se coabitar com crianças pequenas, grávidas e pessoas imunodeprimidas;
    d. Lavagem e/ou higienização frequente das mãos;

[10] UK. Monkeypox: Guidance for environmental cleaning and decontamination, Public Health England, 2018. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/746086/Monkeypox_Guidance__cleaning_decontamination.pdf
[11] UK: Monkeypox:background information. Latest updates 25 May 2022: https://www.gov.uk/guidance/monkeypox
[12] ECDC. Rapid Risk Assessment Monkeypox multi-country outbreak. Stockholm, 23 May 2022. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

e. Evicção da partilha de objetos e utensílios de uso pessoal, vestuário, roupas de cama, atoalhados (e outros têxteis) e garantia da higienização e desinfeção dos mesmos assim como das superfícies do espaço doméstico partilhado;
f. Lavagem de vestuário e têxteis com água quente e detergentes habituais, ou, quando possível, numa máquina de lavar (≥ 60º C), utilizando um ciclo de lavagem prolongado;
g. Limpeza de superfícies duras, sobretudo aquelas onde tocam frequentemente com detergente com cloro, seguindo as instruções constantes no rótulo de cada produto, deixando secar ao ar;
h. Alerta às pessoas que foram seus contactos próximos desde o início dos sintomas, para possíveis sinais e sintomas. Na eventualidade de os contactos desenvolverem sintomas, devem observar as precauções acima recomendadas e procurar cuidados de saúde, nomeadamente através do SNS24 (808 24 24 24);
i. Evicção de contacto próximo com animais domésticos e outros animais, em especial, roedores[13];
j. Utilização, em caso de necessidade de se deslocação a uma unidade de saúde, de máscara facial, devendo ser cobertas as lesões, o mais possível, com vestuário, e evitado o contacto físico com pessoas e/ou superfícies;
k. As medidas de isolamento de casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser mantidas até à resolução das lesões nas mucosas e queda das crostas de todas as lesões, que se estima ocorrer após 2 a 4 semanas.

Gestão de contactos

31. A gestão de contactos deve iniciar-se o mais rápido possível aquando da notificação de casos no SINAVEmed, conforme referido nos pontos 10.-13. desta Orientação.

[13]Government of United Kingdom. Health Security Agency. Qualitative assessment of the risk to the UK human population of monkeypox infection in a canine, feline, mustelid, lagomorph or rodent UK pet. UK, 27 May 2022: https://www.gov.uk/government/publications/hairs-risk-assessment-monkeypox/qualitative-assessment-of-the-risk-to-the-uk-human-population-of-monkeypox-infection-in-a-canine-feline-mustelid-lagomorph-or-rodent-uk-pet

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

32. O período infecioso do caso deve ser considerado desde o aparecimento de sintomas prodrómicos[14] e terminado quando as crostas das lesões caíram e uma nova pele se formou. Na ausência de sintomas prodrômicos, como tem sido frequentemente referido neste surto[15], deve ser considerado um dia antes do início da erupção como o início do período infecioso da infeção por VMPX.

33. No contexto desta Orientação, a Tabela 1 apresenta a definição de contactos próximos baseada na definição de contactos do ECDC[16] por risco de exposição:

Tabela 1 – Definição de contactos (baseado na publicação do ECDC[16])

Tipo de contato	**Contexto por ordem de risco de exposição**	**Descrição**
Proximo	Parceiro sexual	• Indivíduo que tem qualquer tipo de contato sexual com um caso de infeção por VMPX desde o início da erupção cutânea e/ou outros sintomas prodrómicos (período infecioso).
	Coabitante	• indivíduo(s) que vive(m) na mesma casa ou partilham ambiente similar (por exemplo, tenda de campismo, pernoita num espaço comum, entre outros); • Indivíduo(s) que partilham vestuário, têxteis (roupas de cama e atoalhados), utensílios e objetos de uso pessoal, de um caso, durante o período infecioso.
	Cuidador	• Cuidador(es) de caso de infeção humana por VMPX, sem equipamento de proteção individual adequado para o nível de exposição, desde o início da erupção cutânea e/ou outros sintomas prodrómicos (período infecioso).
	Profissional de saúde	• Profissional de saúde com contacto com caso de infeção humana por VMPX (lesões ou contacto pessoal prolongado) (>3 horas e < 2 m de distância) sem EPI adequado para o nível de exposição (ver ponto 29. desta Orientação); • Profissional de saúde que sofreu um ferimento com objetos corto-perfurantes ou foi exposto a fluidos corporais do caso de infeção humana por VMPX ou a

[14] US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Recognition - Key Characteristics for Identifying Monkeypox. Atlanta: CDC; 2022. Available at: https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/clinical-recognition.html
[15] Titanji B, Tegomoh B, Nematollahi S, Konomos M, Kulkarni PA. Monkeypox - A Contemporary Review for Healthcare Professionals. Open Forum Infectious Diseases [Preprint]. 2022. DOI: 10.1093/ofid/ofac310. https://academic.oup.com/ofid/advance-article/doi/10.1093/ofid/ofac310/6615388
[16] ECDC. Considerations for contact tracing during the monkeypox outbreak in Europe, 2022. Guidance. 28 June 2022. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-contact-tracing-during-monkeypox-outbreak-europe-2022

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

		procedimentos geradores de aerossóis sem EPI adequado para o nível de exposição; • Funcionários de laboratório com exposição acidental a amostras contendo VMPX (salpicos, objetos corto-perfurantes ou exposição a aerossóis, entre outros) sem uso de EPI adequado para o nível de exposição.
	Outros contactos prolongados ou de alto risco	• A ser avaliado caso a caso, mas pode incluir, entre outros, o contexto de: - Viagens prolongadas (≥ 8 horas de duração), contactos próximos (sentado ao lado de um caso confirmado em que possa ter ocorrido contato físico ou com fómites) - Partilha de utensílios ou outro equipamento pessoal - Situação de ferimentos por objetos cortantes ocorrido num contacto que não seja profissional de saúde.

34. É considerado contacto próximo o indivíduo que refere ter sido exposto diretamente a lesões cutâneas, mucosas ou a fluidos corporais (sangue, urina, fezes, vómito, expetoração, entre outros) ou ainda a materiais, utensílios ou objetos contaminados, ou partilha do mesmo espaço físico que não garanta afastamento físico superior a 1 metro de distância com caso suspeito, provável ou confirmado, sem proteção adequada.

35. Nos profissionais de saúde considera-se contacto próximo quando este ocorre sem a utilização de EPI indicado ao tipo de exposição de acordo com as medidas de prevenção e controlo de infeção.

36. São considerados contactos não próximos (de baixo risco), por exemplo, indivíduos que tiveram encontros sociais com um caso, que participaram num mesmo evento social ou outro, trabalharam na mesma empresa ou compartilharam o mesmo transporte num contexto de proximidade sem qualquer contacto físico.

37. De acordo com a Norma nº 006/2022 de 12 de julho, deverão ser identificados, o quanto antes, os contactos elegíveis para vacinação, devendo ser emitida a respetiva declaração de elegibilidade, promovendo o encaminhamento para a vacinação pós-exposição de acordo com os locais em cada região.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Vigilância de contactos[17]

38. De acordo com a Tabela 1, um contacto próximo de um caso suspeito, provável ou confirmado, deve monitorizar o aparecimento de sinais ou sintomas, com avaliação de temperatura corporal duas vezes por dia, durante 21 dias, após o último contato.

39. Na vigilância de sinais e sintomas, o contacto de um caso suspeito, provável ou confirmado deverá estar atento ao aparecimento de cefaleia, febre, calafrios, odinofagia, mal-estar, fadiga, erupção cutânea e adenomegalias.

40. Se se tratar de um profissional de saúde, deverá ser comunicado ao serviço de saúde ocupacional.

41. Os contactos assintomáticos podem continuar as atividades de rotina diárias, como trabalhar e frequentar a escola. No entanto, durante o período de vigilância do contacto (21 dias após última exposição), é recomendável[16]:
    a. Reforçar a lavagem e/ou higienização frequente das mãos e etiqueta respiratória;
    b. Evitar contacto próximo com grávidas, crianças pequenas e pessoas imunodeprimidas;
    c. Evitar contacto sexual com outras pessoas;
    d. Evitar viagens longas/grandes distâncias para que possa ser mais exequível e mais rápido o isolamento, na eventualidade de aparecimento de sinais e/ou sintomas.

[17] Baseado num conjunto de documentos:
ECDC. Considerations for contact tracing during the monkeypox outbreak in Europe, 2022. Guidance. 28 June 2022. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-contact-tracing-during-monkeypox-outbreak-europe-2022
WHO. Surveillance, case investigation and contact tracing for Monkeypox, 24 July 2022. Interim guidance https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2
Government of the United Kingdom. Infectious disease guidance: monkeypox. 20 May 2022 updated - Guidance Monkeypox: background information. - The epidemiology, symptoms, diagnosis and management of monkeypox virus infections. 24 June 2022: https://www.gov.uk/guidance/monkeypox
Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox: For Clinicians 20 May 2022. Revised on 24 June 2022 https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-contact-tracing-during-monkeypox-outbreak-europe-2022

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

42. Um contacto de caso suspeito, provável ou confirmado que desenvolva qualquer sinal/sintoma (mesmo na ausência de lesões cutâneas), deve abster-se de contacto físico próximo (nomeadamente sexual e partilha de cama) e permanecer vigilante quanto ao aparecimento de lesões cutâneo-mucosas nos dias subsequentes.

43. Um contacto que desenvolva sinais e sintomas sistémicos inespecíficos (que não exantema cutâneo) deve obedecer a cuidados de isolamento e deve ser observado para verificação de sinais de erupção cutânea, nos sete dias subsequentes. Se nenhuma lesão cutâneo-mucosa se desenvolver, o contacto deve manter a avaliação da temperatura nos restantes dias até completar o período de vigilância de 21 dias. Se o contacto desenvolver lesões cutâneas ou mucosas, deve ser considerado como caso provável de infeção por VMPX e deve procurar, de imediato, os serviços de saúde ou contactar o SNS24.

Vacinação

44. A vacina contra a varíola (smallpox) é constituída pela forma ativa (viva) do vírus Vaccinia, pertencente ao género Orthopox viruses, o mesmo género da varíola, do monkeypox, do cowpox, entre outros.[18] A mais recente vacina contra a varíola (smallpox) é composta por uma estirpe altamente atenuada e não replicativa do vírus Vaccinia (vírus Vaccinia Ankara modificado vivo – MVA), aprovada na UE (através da Agência Europeia do Medicamento, EMA) desde julho de 2013, para proteção contra a varíola em adultos. Em setembro de 2019, nos Estados Unidos da América (através da FDA) foi aprovado o seu uso contra a infeção por VMPX, com base em estudos que demonstraram que a vacina tem capacidade protetora contra outros vírus da mesma família, nomeadamente o VMPX.

45. Dado que a vacina MVA utilizada nos EUA é a única disponível, à data, a nível internacional, sendo a mesma formulação da vacina autorizada na EU, após solicitação

[18] Pauli, G. et al. Orthopox Viruses: Infections in Humans. Transfusion Medicine and Hemotherapy 2010;37:351–364. December 2010: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048946/pdf/tmh0037-0351.pdf

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

da DGS, foi concedida pelo INFARMED, uma Autorização de Utilização Excecional (AUE), para utilização como medida adicional no controlo do surto de infeção humana por VMPX.

46. A Vacinação pós-exposição iniciou-se a 16 de julho em Portugal, com um total de 437 vacinados até 12 de setembro de 2022, com base na Norma nº 006/2022 de 12 de julho de 2022, estando em discussão a revisão da referida Norma para enquadramento da administração de doses reduzidas, de acordo com novas orientações da EMA[19]. Para além disso estão a ser atualizadas as condições de operacionalização/disponibilização e equidade na gestão da reserva limitada de vacinas para a abordagem da vacinação preventiva e respetiva definição dos critérios de elegibilidade, adicionalmente à vacinação pós-exposição.

COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COM A COMUNIDADE

47. Os profissionais de saúde devem esclarecer os casos suspeitos, prováveis, confirmados e os seus contactos sobre a doença, as suas manifestações clínicas e as medidas preventivas adequadas e proceder ao seu encaminhamento, se necessário.

48. Devem, ainda, reforçar, perante os casos e seus contactos sobre a importância e necessidade de recolha de informação detalhada, crucial para a investigação clínica e epidemiológica em curso, com vista ao controlo do surto, incluindo a identificação dos contactos elegíveis para vacinação.

49. Iniciativas específicas podem ser desenvolvidas, em articulação com a sociedade civil, para partilha de contributos e sugestões na definição de mensagens e materiais a

[19] Euroepan Medicien Agency. EMA/700120/2022. Emergency Task Force. Considerations on posology for the use of the vaccine Jynneos/ Imvanex (MVA-BN) against monkeypox. 19 August 2022: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/considerations-posology-use-vaccine-jynneos/imvanex-mva-bn-against-monkeypox_en.pdf

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

disponibilizar, para divulgação ou formação, de acordo com a Informação nº 003/2022 de 16 de junho.[20]

ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS RELEVANTES

O período de incubação do vírus, classicamente descrito, varia entre 5 e 21 dias. Estudos recentes deste surto nos Países Baixos concluíram que o período de incubação é de 9 dias para exposição de alto risco, reforçando a necessidade de se manter a vigilância de contactos de casos por 21 dias[21].

Na história natural até então conhecida da infeção por VMPX, os sintomas podem iniciar-se com pródromos de febre, cefaleia, astenia, mialgia ou adenomegalias, seguidos do aparecimento do exantema. O exantema, inicialmente maculopapular, desenvolve-se 1 a 3 dias após o início da febre, evolui para as fases de vesícula, pústula (que pode ser dolorosa), seguida de lesão umbilicada antes de ulcerar e, por fim, formação de crosta, ao longo de 2 a 4 semanas. Classicamente, o exantema propaga-se de forma centrífuga, com ponto de partida na face, e pode atingir as palmas das mãos e as plantas dos pés.

As apresentações dos casos do surto atual, têm-se caracterizado por manifestações atípicas ou com carácter distintivo, nomeadamente:

- Lesões mucosas orais e ano-genitais, incluindo enantema, pápulas, vesículas e úlceras, sendo muitas vezes as primeiras manifestações da doença;
- Presença frequente de adenopatias localizadas ou generalizadas, simétricas ou assimétricas, mais evidentes ou exuberantes nas regiões com maior número de lesões;
- Ausência de lesões exantemáticas e dor anal e sangramento;

[20] DGS. Informação nº 003/2022 de 17 de junho. Comunicação, medidas preventivas e o envolvimento da comunidade no surto por vírus Monkeypox: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0032022-de-17062022-pdf.aspx

[21] Miura, F. et al. (2022). Estimated incubation period for monkeypox cases confirmed in the Netherlands, May 2022. Eurosurveillance. Volume 27, Issue 24, 16/Jun/2022. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.24.2200448

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

- Lesões na área genital e/ou perineal/perianal que não se espalham mais ou com aparecimento tardio de escassas lesões cutâneas;
- Apresentação clínica com poucas ou mesmo apenas uma única lesão cutâneo-mucosa;
- Lesões que aparecem em diferentes estádios de desenvolvimento (evolução assíncrona);
- Aparecimento de lesões antes de ou simultaneamente ao início da febre, mal-estar e outros sintomas constitucionais (ausência de período prodrómico).

As complicações da infeção por VMPX podem incluir a sobre infeção bacteriana de lesões cutâneas, pneumonia ou encefalite.

A transmissão humana de VMPX pode ocorrer através de pele não íntegra (abrasões microscópicas da pele e das mucosas) e das mucosas ocular, nasal, oral, genital e anal. Admite-se que o VMPX pode ainda ser transmitido através de gotículas respiratórias, o que requer contacto pessoal prolongado, colocando em maior risco os profissionais de saúde, coabitantes e outros contactos próximos de casos ativos.

A transmissão pessoa-a-pessoa geralmente verifica-se por:

- Contacto próximo, especialmente face-a-face sem proteção adequada, e no contexto de relações que impliquem contacto íntimo e prolongado;
- Contacto com objetos contaminados por uma pessoa infetada - fómites (vestuário, roupas de cama, atoalhados, materiais, utensílios e objetos de uso pessoal, entre outros);
- Contacto direto sem proteção adequada com lesões exantemáticas, exsudados, crostas e contacto direto ou indireto com fluidos corporais infeciosos.

Raras descrições referem que a transmissão também pode ocorrer através da placenta, da mãe para o feto (podendo resultar em infeção congénita por VMPX) ou por contacto próximo durante e após o parto. Embora o contacto físico próximo seja um fator de risco bem conhecido para a transmissão, não está claro, neste momento, se o VMPX pode ser transmitido, especificamente, por via sexual. Estudos adicionais são necessários para

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

esclarecer esta via de transmissão[22], assim como a possibilidade de transmissão por indivíduos assintomáticos.

A transmissão zoonótica do VMPX aos humanos efetua-se através de:

- Mordedura ou arranhadura de animal infetado;
- Manipulação de animal infetado;
- Contacto com ou consumo de carne de caça infetada;
- Contacto com produtos de animais contaminados (por exemplo, tratamento de peles de animais).

O reservatório do VMPX ainda é desconhecido, embora se suspeite que os roedores e outros pequenos mamíferos desempenhem um papel na transmissão.

O primeiro caso de infeção humana por VMPX foi identificado em 1970 na República Democrática do Congo. É uma doença infeciosa zoonótica caracterizada pelo surgimento de exantema vesiculo-pustuloso associado a quadro clínico sistémico, que pode apresentar-se sob formas ligeiras, embora, em casos raros, possa evoluir para doença grave e mesmo letal.

Uma revisão sistemática recente[23] sobre a evolução epidemiológica da infeção por VMPX revela que a epidemiologia desta nosologia está a mudar, não sendo a infeção por VMPX já tão rara como no passado. Isto implica uma investigação epidemiológica mais rigorosa, complementada com informações clínicas, contribuindo para esclarecer melhor as questões relacionadas com os hospedeiros zoonóticos, as potenciais vias de transmissão distintas e a gravidade da infeção humana[24].

O VMPX é um vírus de ADN de cadeia dupla, pertencente ao género Orthopoxvirus da família Poxviridae. Outros membros desta família incluem os vírus da varíola (*smallpox*) e o vírus Vaccinia. O VMPX era descrito como tendo duas variantes geneticamente distintas – a linhagem da Bacia do Congo e a da África Ocidental – que, apesar de se manifestarem por quadros clínicos semelhantes, apresentavam perfis genéticos e de virulência distintos,

[22] World Health Organization (WHO). Monkeypox fact sheet. Geneva: WHO; 2019. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox
[23] Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential hreat? A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0010141. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010141
[24] Beer EM, Rao VB (2019) A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy. PLOS Neglected Tropical Diseases 13(10): e0007791. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007791

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

sendo a linhagem da Bacia do Congo associada a surtos de maior gravidade. Atualmente uma nova nomenclatura, foi proposta para distinguir casos locais recorrentes em regiões endémicas (ou melhor enzoóticas), com a linhagem anterior da Bacia do Congo como clade I, casos locais da África Ocidental (e viajantes incidentais) como clade II e o surto atual fora da região africana como clade IIb.[25] Esta proposta está alinhada com as melhores práticas na nomeação de doenças infeciosas, de forma não discriminatória e não estigmatizante, visando minimizar impactos negativos desnecessários em nações, regiões geográficas, economias e pessoas e que considera a evolução e disseminação do VMPX [24].

Os estudos recentes de genotipagem do VMPX em amostras de casos reportados no contexto do surto atual permitiram as primeiras sequências genómicas do VMPX, apoiando a nova nomenclatura de clade IIb e refletindo uma capacidade de evolução acelerada com mutações mais frequentes dos que as anteriormente conhecidas do VMPX e com maior potencial de adaptação humana[26, 27].

FUNDAMENTO PARA ESTA ORIENTAÇÃO

Esta é a primeira vez que um surto de VMPX é detetado em Portugal, num contexto de ocorrência de casos a serem reportados por vários países, desde o início de maio de 2022.

De acordo com o ECDC[28], até 13 de setembro de 2022, foram reportados 19.379 casos por 29 países da UE/EEE. Os cinco países que notificaram mais casos desde o início do surto são: Espanha (6.947), França (3.784), Alemanha (3.547), Países Baixos (1.192) e Itália (813). Os casos continuam a ser reportados principalmente entre HSH com idade entre 18 e 50 anos. Embora alguns casos graves (incluindo encefalite) tenham sido reportados, o impacto da doença permanece baixo na maioria dos casos. O risco é avaliado como moderado para

[25] WHO. Monkeypox: experts give virus variants new names. 12 August 2022: https://www.who.int/news/item/12-08-2022-monkeypox--experts-give-virus-variants-new-names
[26] Isidro, J., Borges, V., Pinto, M. et al. Phylogenomic characterization and signs of microevolution in the 2022 multi-country outbreak of monkeypox virus. Nat Med (2022). https://doi.org/10.1038/s41591-022-01907-y
[27] Isidro J, Borges V, Pinto M, Ferreira R, Sobral D, Nunes A, et al. First draft genome sequence of Monkeypox virus associated with the suspected multi-country outbreak, May 2022 (confirmed case in Portugal). Available at: https://virological.org/t/first-draft-genome-sequence-of-monkeypox-virus-associated-with-the-suspected-multi-country-outbreak-may-2022-confirmed-case-in-portugal/799
[28] European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox situation update, as of 13 September 2022 https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-situation-update

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

pessoas com múltiplos parceiros sexuais (incluindo alguns grupos de HSH) e baixo para a população em geral.

Dos países afetados fora da UE/EEE destacam-se: Estados Unidos da América (21.504), Brasil (5.726), Reino Unido (3.484), Peru (1.808), Canadá (1.321) e Colômbia (938). Em 13 de setembro de 2022, a OMS[29] considera que o risco global é moderado, sendo alto na Região Europeia.

Os casos recentemente reportados não referem, até à data, ligação epidemiológica com casos oriundos da África central ou ocidental ou viagens a essa área geográfica, onde a doença é considerada endémica. A maioria dos casos são reportados em indivíduos do sexo masculino, com manifestações clínicas ligeiras, com lesões na região genital e peri-genital, não usuais nos surtos anteriores de infeção humana por vírus Monkeypox.

A ocorrência de transmissão de pessoa-a-pessoa, neste surto multinacional, evidencia a importância de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, sendo fundamental o esforço dos profissionais de saúde e da comunidade para a deteção, diagnóstico e gestão de qualquer caso suspeito.

Situação atual em Portugal

Até 12 de setembro de 2022, foram reportados 903 casos confirmados que ocorreram entre 22 de abril e 12 de setembro de 2022, continuando em curso a monitorização do surto com a recolha de informação no SINAVEmed e SINAVElab e a atualização e partilha de informação com entidades nacionais e internacionais.

Esta Orientação será atualizada pela Equipa de resposta e gestão do alerta de casos de infeção por VMPX, sempre que o conhecimento e a evidência científica emergente o justificarem.

[29] WHO. 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends. World Health Organization. 15 September 2022: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Graça Freitas, Diana Mendes, João Vieira Martins, Jorge Machado, Kamal Mansinho, Margarida Tavares, Paula Vasconcelos, Sofia Casal, Teresa Fernandes, Dina Oliveira.

A coordenação científica desta Orientação agradece os contributos de Ana Cristina Guerreiro, Ana Dinis, Ana Firme, Ana Maria Correia, Ana Mendes, António Carlos Silva, Carla Rascôa, Claúdio Nunes da Silva, Eugénio Cordeiro, Graça Cruz Alves, José Artur Paiva, Maria Neto, Mariana Perez Duque, Pedro Casaca, Ricardo Fuertes, Rogério Ruas, Sara Pocinho, Sofia Figueiredo Ribeiro, Tiago Souto e Vítor Veríssimo.

Bibliografia

1. Beer EM, Rao VB (2019) A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy. PLOS Neglected Tropical Diseases 13(10): e0007791. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007791. (Acedido 20 maio 2022).
2. Bunge, E. M., Hoet, B., Chen, L., Lienert, F., Weidenthaler, H., Baer, L. R., & Steffen, R. (2022). The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review. *PLoS neglected tropical diseases*, *16*(2), e0010141. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010141) (Acedido 20 maio 2022).
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox situation update, 13 September 2022: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-situation-update (Acedido 15 setembro 2022).
4. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Rapid Risk Assessment Monkeypox multi-country outbreak. Stockholm, 23 May 2022. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak. (Acedido 23 maio 2022).
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations for contact tracing during the monkeypox outbreak in Europe, 2022. Guidance. ECDC, Stockholm,28 June 2022:https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-contact-tracing-during-monkeypox-outbreak-europe-2022 (Acedido 24 maio 2022).
6. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC. Monkeypox multi-country outbreak. Situation update. ECDC, Stockholm, 29 June 2022 https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-monkeypox-multi-country-outbreak (Acedido 30 junho 2022)
7. European Medicines Agency. EMA. Imvanex (vírus Vaccinia Ankara modificado vivo). Amsterdão, 2019. https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/imvanex-epar-medicine-overview_pt.pdf. (Acedido 23 maio 2022).

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

8. Gajbhiye, R.K., Mahajan, N.N. and Sachdeva G. Preparedness and strategies for addressing monkeypox infection in pregnant women in India. The Lancet Regional Health - Southeast Asia 2022;5: 100066. Published online https://doi.org/10.1016/j.lansea.2022.100066
9. Government of the United Kingdom. Infectious disease guidance: monkeypox. Available from https://www.gov.uk/guidance/monkeypox. (Acedido 20 maio 2022).
10. Happi C, Adetifa I, Mbala P, Njouom R, Nakoune E, Happi A et al. Urgent need for a non-discriminatory and non-stigmatizing nomenclature for monkeypox virus. https://virological.org 10 June 2022. https://virological.org/t/urgent-need-for-a-non-discriminatory-and-non-stigmatizing-nomenclature-for-monkeypox-virus/853. (Acedido 29 junho 2022)
11. Isidro J, Borges V, Pinto M, Ferreira R, Sobral D, Nunes A, et al. First draft genome sequence of Monkeypox virus associated with the suspected multi-country outbreak, May 2022 (confirmed case in Portugal). Available at: https://virological.org/t/first-draft-genome-sequence-of-monkeypox-virus-associated-with-the-suspected-multi-country-outbreak-may-2022-confirmed-case-in-portugal/799. (Acedido 26 maio 2022)
12. Isidro J, Borges V, Pinto M, Ferreira R, Sobral D, Nunes A, et al. Multi-country outbreak of Monkeypox virus: genetic divergence and first signs of microevolution. Available at:https://virological.org/t/multi-country-outbreak-of-monkeypox-virus-genetic-divergence-and-first-signs-of-microevolution/806. (Acedido 23 maio 2022).
13. Mbala, P.K. et al. Maternal and Fetal Outcomes Among Pregnant Women With Human Monkeypox Infection in the Democratic Republic of Congo. The Journal of Infectious Diseases, Volume 216, Issue 7, 1 October 2017, Pages 824–828, https://doi.org/10.1093/infdis/jix260
14. Mauldin MR, McCollum AM, Nakazawa YJ, Mandra A, Whitehouse ER, et al. Exportation of Monkeypox Virus From the African Continent. J Infect Dis. 2022 Apr 19;225(8):1367-1376. doi: 10.1093/infdis/jiaa559
15. Multiple diagnostic techniques identify previously vaccinated individuals with protective immunity against monkeypox.Hammarlund E, Lewis MW, Carter SV, Amanna I, Hansen SG, Strelow LI, Wong SW, Yoshihara P, Hanifin JM, Slifka MK
    Nat Med. 2005;11(9):1005. Epub 2005 Aug 7.
16. Miura, F. et al. (2022). Estimated incubation period for monkeypox cases confirmed in the Netherlands, May 2022. Eurosurveillance. Volume 27, Issue 24, 16/Jun/2022. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.24.2200448 . (Acedido 24 junho 2022)
17. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, Yinka-Ogunleye A, Wakama P, Otike-Odibi B, Usman LM, Obazee E, Aruna O, Ihekweazu C. Clinical Course and Outcome of Human Monkeypox in Nigeria. Clin Infect Dis. 2020 Nov 5;71(8):e210-e214. doi: 10.1093/cid/ciaa143. PMID: 32052029
18. Portugal. Direção-Geral da Saúde (DGS). Informação nº 003/2022 de 17 de junho. Comunicação, medidas preventivas e o envolvimento da comunidade no surto por vírus Monkeypox:https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

informacoes/informacoes/informacao-n-0032022-de-17062022-pdf.aspx. (Acedido 24 junho 2022)

19. Pauli, G. et al. Orthopox Viruses: Infections in Humans. Transfusion Medicine and Hemotherapy 2010;37:351–364. December 2010: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048946/pdf/tmh0037-0351.pdf
20. Titanji B, Tegomoh B, Nematollahi S, Konomos M, Kulkarni PA. Monkeypox - A Contemporary Review for Healthcare Professionals. Open Forum Infectious Diseases [Preprint]. 2022. DOI: 10.1093/ofid/ofac310. Available at: https://academic.oup.com/ofid/advance-article/doi/10.1093/ofid/ofac310/6615388
21. US. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Recognition - Key Characteristics for Identifying Monkeypox. Atlanta: CDC; 2022: https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/clinical-recognition.html (Acedido a 5 julho 2022)
22. US. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Considerations for Monkeypox in People Who are Pregnant or Breastfeeding. Updated July 18, 2022. https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/pregnancy.html (Acedido a 5 de Agosto de 2022)
23. US. Centers for Disease Prevention and Control. CDC. Interim Clinical Guidance for the Treatment of Monkeypox. CDC, May 2022. Available from: https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/treatment.html. (Acedido 23 maio 2022).
24. US. Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox: For Clinicians. Available from https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/clinical-recognition.html.
25. US. Centers for Disease Prevention and Control. CDC. Monkeypox Prevention. CDC. December 2019: https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/prevention.html (Acedido 20 maio 2022).
26. US. Food and Drug Administration. FDA approves first live, non-replicating vaccine to prevent smallpox and monkeypox. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-live-non-replicating-vaccine-prevent-smallpox-and-monkeypox. (Acedido 23 maio 2022)
27. Vaughan, A., Aarons, E., Astbury, J., Brooks, T., Chand, M., Flegg, P., Hardman, A., Harper, N., Jarvis, R., Mawdsley, S., McGivern, M., Morgan, D., Morris, G., Nixon, G., O'Connor, C., Palmer, R., Phin, N., Price, D. A., Russell, K., Said, B., … Dunning, J. (2020). Human-to-Human Transmission of Monkeypox Virus, United Kingdom, October 2018. *Emerging infectious diseases*, *26*(4), 782–785. https://doi.org/10.3201/eid2604.191164
28. World Health Organization (WHO). Disease outbreak News. Multi-country monkeypox outbreak: situation update. 27 June 2022 https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON396 (Acedido 29 junho 2022).
29. World Health Organization (WHO). Monkeypox fact sheet. Geneva: WHO; 2019. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox. (Acedido 20 maio 2022)
30. World Health Organization (WHO). Clinical management and infection prevention and control for monkeypox: Interim rapid response guidance, 10 June 2022. Geneva: WHO; 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1 (Acedido a 5 de julho de 2022)

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

31. World Health Organization (WHO). Surveillance, case investigation and contact tracing for Monkeypox. 22 May 2022. Available from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-surveillance-2022.
32. World Health Organization (WHO). Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox: interim guidance, 24 June 2022 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2. (Acedido 26 junho 2022).
33. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, et al. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017–18: a clinical and epidemiological report. Lancet Infect Dis 2019; 19:872–9. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30294-4

Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Anexo I – Guia de apoio ao SINAVE

Anexo I – A - Notificação Clínica

Os primeiros casos por Infeção humana por vírus Monkeypox reportados em Portugal apresentavam ligação a práticas sexuais específicas, em locais onde se pratica sexo anónimo e/ou em grupo. Sendo esta uma infeção que se transmite através do contacto próximo, as práticas sexuais promovem um maior risco de transmissão, não devendo, contudo, serem excluídas outros contextos de risco de exposição como são exemplo a proximidade de coabitantes, cuidadores ou profissionais de saúde em contexto laboral.

No momento da notificação de um caso suspeito, provável ou confirmado, o médico notificador deverá tentar recolher informação a mais detalhada e preencher o máximo de campos possível, incluindo toda a história de deslocações, práticas e exposições possíveis ao vírus nos 21 dias que antecedem o início dos sinais/sintomas.

Mediante informação desconhecida deverá preencher como "desconhecido" quando este campo está disponível. Em caso de informação não fidedigna, não deve proceder ao preenchimento do respetivo campo de informação.

Caso a morada oficial apresentada não corresponda à morada onde o utente se encontra atualmente a residir/a permanecer (morada não oficial), não deverá proceder à alteração da mesma nesta secção, mas sim na secção "Morada de Ocorrência", campo disponível infra à morada oficial.

Deverá ser detalhada a profissão do utente, quando aplicável. Apesar da relevância da seleção da área profissional de cada utente notificado, é de destacar a imperativa necessidade de fácil identificação de qualquer profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico superior de saúde, auxiliar de ação médica ou outro). Se se tratar de uma profissão com contacto com populações mais vulneráveis (como idosos, crianças, pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais ou imunocomprometidos) deverá ser registada essa profissão.

Documento de apoio ao preenchimento da Notificação Clínica de Infeção humana por vírus Monkeypox (Outro Orthopox não varíola) na plataforma informática de suporte ao SINAVE		
1	**Profissão do utente**	Este campo permite registar a profissão do utente. A lista completa de profissões encontra-se no **Anexo**. Caso não seja possível encontrar a profissão pretendida, sugere-se o seu registo no campo **Observações**.
2	**Profissional de saúde**	A resposta **Sim** a esta questão não deve incluir profissionais que trabalham em Estruturas Residenciais para Idosos, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia e instituições/serviços similares, **exceto se também desempenharem funções em Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde**.
3	**Data do início dos sintomas**	Data em que a pessoa apresentou o primeiro sintoma ou sinal do episódio de doença que motivou a notificação.
4	**Exantema / erupções cutâneas**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação. A data de início de exantema poderá diferir da data de início dos sintomas exceto nas situações em que o exantema é o primeiro sinal, a data de início de sintomas e de início de exantema serão as mesmas.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

5	**Febre**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe elevação da **temperatura corporal ≥ 38º C**, em algum momento do episódio que motivou a notificação.
6	**Odinofagia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
7	**Astenia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
8	**Náuseas/ vómitos**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
9	**Tosse**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
10	**Disfagia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
11	**Úlceras orais**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
12	**Úlceras (não orais)**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
13	**Calafrios / sudorese**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
14	**Mialgia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
15	**Cefaleia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
17	**Linfadenopatia axilar**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
18	**Linfadenopatia cervical**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
19	**Linfadenopatia inguinal**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação. O campo **Especificar** deve ser reservado para a descrição de localizações de dor não abrangidas nas questões anteriores.
20	**Lesões com prurido**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
21	**Conjuntivite**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
22	**Dispneia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
23	**Doença ativa por Infeção Humana pelo virus Monkeypox**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser verificado o aspeto das lesões, por forma a verificar se todas se encontram na mesma fase de desenvolvimento, bem como a sua localização. Para este efeito, deverá ser questionada individualmente qualquer uma das localizações apresentadas, para melhor caracterização do quadro clínico.
24	**Gravidez**	Esta questão só deve ser respondida afirmativamente se a pessoa for do sexo feminino. Em caso afirmativo deverá ser questionada o número de semanas de gestação à data do início dos sintomas. Caso seja do sexo masculino deverá ser selecionada a opção "não aplicável".
25	**Infeção por VIH**	A situação perante a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) deverá ser questionada a todos os casos e, se seropositivo, deverá ser investigado junto do

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

		utente se está sob tratamento e qual a contagem de Linfócitos T CD4+ à data da última consulta em que este parâmetro foi avaliado. No campo "Se infeção por VIH, contagem de CD4+" deverá constar apenas o número. Caso pretenda registar mais alguma informação, deverá ser utilizado o campo das observações.
26	**Se VIH negativo, atualmente faz profilaxia pré-exposição (PrEP)?**	Caso seja seronegativo, deverá ser questionado se se encontra sob profilaxia pré-exposição para o VIH (PrEP).
27	**Vacinação varíola em criança**	O estado vacinal contra a varíola deverá ser igualmente questionado e confirmado através do processo clínico ou do boletim de vacinas (físico ou digital). Recorde-se que vacinação variólica em Portugal, decorreu até ao ano de 1979, tendo deixado de ser obrigatória em 1977. Todos as pessoas que tenham nascido após este período e tenham realizado o programa vacinal português não se encontram vacinadas. Nesta última situação, deverá ser preenchido com "não" o campo da questão "vacina contra a varíola (smallpox) em criança" se os pressupostos anteriores se confirmem, mesmo que o doente refira que desconhece, não se recorda ou que realizou todas as vacinas em criança.
28	**Doente imunocomprometido** **+** **Outras patologias / condições**	Outras eventuais doenças deverão ser igualmente registadas nas secções "Doente imunocomprometido" e "Outras patologias/condições".
-	**EXPOSIÇÃO**	Nas questões da exposição, deverão ser considerados todos os contactos de risco nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas. Deverá, para tal, calcular qual será o 21.º dia anterior ao início de sintomas e questionar se, desde essa data, teve algum contacto de proximidade. Poderá ser usada referências como dias específicos ou eventos (ex. "desde a quinta-feira antes da Páscoa" ou "no fim-de-semana do festival de música").
29	**Nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas, teve contacto com alguém com sintomatologia semelhante?**	Deverá ser questionado se teve contacto próximo com alguém com algum sinal ou sintoma compatível com a doença, mesmo que não seja possível apurar se essa pessoa foi avaliada e/ou diagnosticada. Permite identificar possível exposição a casos suspeitos ou confirmados de infeção humana por VMPX.
30	**Nos 21 dias antes dos sinais/sintomas, história de viagem a países estrangeiros?**	No que concerne a questão sobre viagens, permite estabelecer possível ligação à situação epidemiológica de outro país e é essencial para alertar as autoridades de saúde do país visitado caso tenha havido exposição a outros indivíduos. Em caso afirmativo, deverão ser preenchidas as datas de partida e de regresso do país, e deverão ser detalhadas as localidades visitadas o mais detalhadamente possível bem como o tipo de contactos próximos no decorrer dessa viagem.
31	**Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 3 meses?**	Deverá ser selecionada uma das opções disponíveis.
32	**No último ano, foram-lhe diagnosticadas infeções sexualmente transmissíveis?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada qual(quais) infeções sexualmente transmissíveis (IST) foram diagnosticadas.
33	**Teve contactos sexuais com mulheres/homens/outros, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificado com qual(quais) género(s) teve contactos sexuais.
34	**Teve contactos sexuais com múltiplos parceiros nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada o número permitindo posteriormente estimar o risco e calcular a taxa de ataque da doença.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

35	**Participou em atividades de sexo em grupo e/ou anónimo nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverão ser especificados o(s) local(ais) e data(s) e se foram utilizadas drogas durante a prática sexual.
36	**Nos 21 dias anteriores ao início de sintomas, frequentou saunas/estabelecimentos similares?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada qual(is) e em que cidade(s)/país(es)?
37	**Nos 21 dias anteriores ao início de sintomas, teve práticas sexuais com turistas?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada o país de origem dos turistas.
38	**Partilhou objetos com pessoas com sintomatologia semelhante, nomeadamente, roupas pessoais, cama ou banho ou objetos de higiene pessoal ou sexuais**	Este campo permite identificar o número de pessoas que tenham partilhado objetos pessoas e estimar o risco.
39	**Nos 21 dias antes dos sintomas, teve contacto (através de toque) com algum animal doméstico ou selvagem?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificado com qual(is) animal(is) e que data(s).
40	**Foi recolhida amostra**	Nesta secção deverão ser preenchidas as informações relativas à data de colheita de material biológico, a tipologia amostra colhida e se a mesma foi enviada para o Instituto Nacional de Saúde - Dr. Ricardo Jorge (INSA). A resposta **Não** à questão **Realizou exames laboratoriais** pressupõe que a pessoa não realizou (nem está previsto realizar) o teste de deteção de ácidos nucleicos por RT-PCR e/ou sequenciação numa amostra biológica. De seguida, e para cada uma das IST apresentadas, deverá ser registado o resultado, sempre que disponível.
41	**Internamento por Monkeypox**	Permite analisar a gravidade clínica do caso, devendo, em caso de internamento por infeção humana pelo VMPX, ser recolhidas as informações quanto à data de internamento, a instituição onde o doente se encontra ou encontrou internado, se foi internado em Unidade de Cuidados Intensivos e qual a data de alta. A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que tenha estado internado em algum momento por infeção humana por vírus Monkeypox.
42	**Óbito**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada a data de óbito.
43	**Número de pessoas com quem teve contacto sexual nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
44	**Número de coabitantes nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
45	**Número de pessoas com quem teve contacto sexual nos 21 dias posteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

46	**Número de coabitantes nos 21 dias posteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
47	**Contacto telefónico do doente**	Deverá constar apenas o número.
48	**Contactos do(a) médico(a) notificador(a)**	Esta informação não está disponível de forma automática nas notificações criadas, pelo que os campos devem ser preenchidos em todas notificações registadas.
49	**Observações**	Este campo deve ser reservado para registar informação adicional não prevista nos restantes campos do formulário. Em caso de internamento deverá ser registado neste campo a razão que levou ao internamento.

Anexo I – B - INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

Os primeiros casos por Infeção humana por vírus Monkeypox reportados em Portugal apresentavam ligação a práticas sexuais específicas, em locais onde se pratica sexo anónimo e/ou em grupo. Sendo esta uma infeção que se transmite através do contacto próximo, as práticas sexuais promovem um maior risco de transmissão, não devendo, contudo, serem excluídas outros contextos de risco de exposição como são exemplo a proximidade de coabitantes, cuidadores ou profissionais de saúde em contexto laboral.

O Inquérito Epidemiológico deverá acautelar todas as possíveis vias de transmissão, bem como toda a história de deslocações, práticas e exposições possíveis ao vírus nos 21 dias que antecedem o início dos sinais/sintomas.
Sempre que possível deverá ser privilegiado o contacto com o médico notificador e corrigidos os campos presentes no inquérito epidemiológico referentes à notificação, por parte da equipa de saúde pública, segundo a informação recolhida pela mesma.

A informação mais detalhada, que não que seja obtida ou cedida pelo médico notificador, deverá ser questionada diretamente ao doente, ou ao seu cuidador, se este existir. Preencher, sempre que disponha de informação, a totalidade dos campos apresentados, com informação fidedigna e o mais detalhada possível.

Mediante informação desconhecida deverá preencher como “desconhecido” quando este campo está disponível. Em caso de informação não fidedigna, não deve proceder ao preenchimento do respetivo campo de informação.

O Inquérito Epidemiológico deverá ser realizado via telefónica, existindo um primeiro passo de apresentação. Após esta apresentação, deverá ser justificado o motivo do contacto, que no seguimento de um alerta de saúde pública deve ser investigada as possíveis fontes de transmissão com o objetivo último a quebra de cadeias de transmissão. Deverá ainda ser garantida ao doente que o profissional de saúde tem o dever de sigilo profissional e a informação cedida será com o intuito de caraterizar o estado atual da doença, quebrar as cadeias de transmissão e identificação precoce de casos adicionais.

As questões deverão ser apresentadas de forma clara e simples e linguagem deverá ser adaptada a cada utente. Visto o contacto sexual ser um contacto de proximidade que aumenta o risco de transmissão da doença, deverão ser colocadas algumas questões para sobre as práticas sexuais, para eventual análise do risco.
As questões sobre práticas sexuais (evitar o termo “comportamento” devido à conotação implícita) deverão ser feitas com naturalidade e isentas de críticas ou de expressões que enviesem as respostas.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Após aceder ao Inquérito Epidemiológico, disponível em SINAVE, os dados relativos à identificação do utente aparecerão automaticamente. Todos os dados identificativos apresentados deverão ser verificados e, caso detete alguma incongruência, deverá proceder à sua correção/alteração.

Caso a morada oficial apresentada não corresponda à morada onde o utente se encontra atualmente a residir/a permanecer (morada não oficial), não deverá proceder à alteração da mesma nesta secção, mas sim na secção "Morada de Ocorrência", campo disponível infra à morada oficial.

Deverá ser detalhada a profissão do utente, quando aplicável. Apesar da relevância da seleção da área profissional de cada utente notificado, é de destacar a imperativa necessidade de fácil identificação de qualquer profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico superior de saúde, auxiliar de ação médica ou outro). Se se tratar de uma profissão com contacto com populações mais vulneráveis (como idosos, crianças, pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais ou imunocomprometidos) deverá ser registada essa profissão.

Documento de apoio ao preenchimento da Inquérito Epidemiológico de Infeção humana por vírus Monkeypox (Outro Orthopox não varíola) na plataforma informática de suporte ao SINAVE		
1	**Profissão do utente**	Este campo permite registar a profissão do utente. A lista completa de profissões encontra-se no **Anexo**. Caso não seja possível encontrar a profissão pretendida, sugere-se o seu registo no campo **Observações**.
2	**Profissional de saúde**	A resposta **Sim** a esta questão não deve incluir profissionais que trabalham em Estruturas Residenciais para Idosos, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia e instituições/serviços similares, **exceto se também desempenharem funções em Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde**.
3	**Data do início dos sintomas**	Data em que a pessoa apresentou o primeiro sintoma ou sinal do episódio de doença que motivou a notificação.
4	**Exantema / erupções cutâneas**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação. A data de início de exantema poderá diferir da data de início dos sintomas exceto nas situações em que o exantema é o primeiro sinal, a data de início de sintomas e de início de exantema serão as mesmas.
5	**Febre**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe elevação da **temperatura corporal ≥ 38º C**, em algum momento do episódio que motivou a notificação.
6	**Odinofagia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
7	**Astenia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
8	**Náuseas/ vómitos**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
9	**Tosse**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
10	**Disfagia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
11	**Úlceras orais**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
12	**Úlceras (não orais)**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

13	**Calafrios / sudorese**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
14	**Mialgia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
15	**Cefaleia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
17	**Linfadenopatia axilar**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
18	**Linfadenopatia cervical**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
19	**Linfadenopatia inguinal**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação. O campo **Especificar** deve ser reservado para a descrição de localizações de dor não abrangidas nas questões anteriores.
20	**Lesões com prurido**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
21	**Conjuntivite**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sinal tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
22	**Dispneia**	A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que o sintoma tenha estado presente em algum momento do episódio que motivou a notificação.
23	**Doença ativa por Infeção Humana pelo virus Monkeypox**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser verificado o aspeto das lesões, por forma a verificar se todas se encontram na mesma fase de desenvolvimento, bem como a sua localização. Para este efeito, deverá ser questionada individualmente qualquer uma das localizações apresentadas, para melhor caracterização do quadro clínico.
24	**Gravidez**	Esta questão só deve ser respondida afirmativamente se a pessoa for do sexo feminino. Em caso afirmativo deverá ser questionada o número de semanas de gestação à data do início dos sintomas. Caso seja do sexo masculino deverá ser selecionada a opção "não aplicável".
25	**Infeção por VIH**	A situação perante a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) deverá ser questionada a todos os casos e, se seropositivo, deverá ser investigado junto do utente se está sob tratamento e qual a contagem de Linfócitos T CD4+ à data da última consulta em que este parâmetro foi avaliado. No campo "Se infeção por VIH, contagem de CD4+" deverá constar apenas o número. Caso pretenda registar mais alguma informação, deverá ser utilizado o campo das observações. Caso tenha sido respondido com um valor aproximado deverá ser corrigido para o valor mais baixo. Ex.: "500-600 CD4+" colocar "500".
26	**Se VIH negativo, atualmente faz profilaxia pré-exposição (PrEP)?**	Caso seja seronegativo, deverá ser questionado se se encontra sob profilaxia pré-exposição para o VIH (PrEP).
27	**Vacinação varíola em criança**	O estado vacinal contra a varíola deverá ser igualmente questionado e confirmado através do processo clínico ou do boletim de vacinas (físico ou digital). Recorde-se que vacinação variólica em Portugal, decorreu até ao ano de 1979, tendo deixado de ser obrigatória em 1977. Todos as pessoas que tenham nascido após este período e tenham realizado o programa vacinal português não se encontram vacinadas. Nesta última situação, deverá ser preenchido com "não" o campo da questão "vacina contra a varíola (smallpox) em criança" se os pressupostos anteriores se confirmem, mesmo que o doente refira que desconhece, não se recorda ou que realizou todas as vacinas em criança.
28	**Doente imunocomprometido +**	Outras eventuais doenças deverão ser igualmente registadas nas secções "Doente imunocomprometido" e "Outras patologias/condições".

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

	Outras patologias / condições	
-	**EXPOSIÇÃO**	Nas questões da exposição, deverão ser considerados todos os contactos de risco nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas. Deverá, para tal, calcular qual será o 21.º dia anterior ao início de sintomas e questionar se, desde essa data, teve algum contacto de proximidade. Poderá ser usada referências como dias específicos ou eventos (ex. "desde a quinta-feira antes da Páscoa" ou "no fim-de-semana do festival de música").
29	**Nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas, teve contacto com alguém com sintomatologia semelhante?**	Deverá ser questionado se teve contacto próximo com alguém com algum sinal ou sintoma compatível com a doença, mesmo que não seja possível apurar se essa pessoa foi avaliada e/ou diagnosticada. Permite identificar possível exposição a casos suspeitos ou confirmados de infeção humana por VMPX.
30	**Nos 21 dias antes dos sinais/sintomas, história de viagem a países estrangeiros?**	No que concerne a questão sobre viagens, permite estabelecer possível ligação à situação epidemiológica de outro país e é essencial para alertar as autoridades de saúde do país visitado caso tenha havido exposição a outros indivíduos. Em caso afirmativo, deverão ser preenchidas as datas de partida e de regresso do país, e deverão ser detalhadas as localidades visitadas o mais detalhadamente possível bem como o tipo de contactos próximos no decorrer dessa viagem.
31	**Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 3 meses?**	Deverá ser selecionada uma das opções disponíveis.
32	**No último ano, foram-lhe diagnosticadas infeções sexualmente transmissíveis?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada qual(quais) infeções sexualmente transmissíveis (IST) foram diagnosticadas.
33	**Teve contactos sexuais com mulheres/homens/outros, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificado com qual(quais) género(s) teve contactos sexuais.
34	**Teve contactos sexuais com múltiplos parceiros nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada o número permitindo posteriormente estimar o risco e calcular a taxa de ataque da doença.
35	**Participou em atividades de sexo em grupo e/ou anónimo nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverão ser especificados o(s) local(ais) e data(s) e se foram utilizadas drogas durante a prática sexual.
36	**Nos 21 dias anteriores ao início de sintomas, frequentou saunas/estabelecimentos similares?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada qual(is) e em que cidade(s)/país(es)?
37	**Nos 21 dias anteriores ao início de sintomas, teve práticas sexuais com turistas?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada o país de origem dos turistas.
38	**Partilhou objetos com pessoas com sintomatologia semelhante, nomeadamente, roupas pessoais, cama ou banho ou objetos de higiene pessoal ou sexuais**	Este campo permite identificar o número de pessoas que tenham partilhado objetos pessoas e estimar o risco.
39	**Nos 21 dias antes dos sintomas, teve contacto (através de toque) com algum animal doméstico ou selvagem?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificado com qual(is) animal(is) e que data(s).

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

40	**Nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas, frequentou estabelecimento escolar?**	A questão deverá ser respondida se caso em idade escolar ou profissional de ensino. Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificado com qual(is) estabelecimento(s) frequentou.
41	**Nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas, trabalhou?**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificado com qual(is) locais onde exerceu funções.
42	**Foi recolhida amostra**	Nesta secção deverão ser preenchidas as informações relativas à data de colheita de material biológico, a tipologia amostra colhida e se a mesma foi enviada para o Instituto Nacional de Saúde - Dr. Ricardo Jorge (INSA). A resposta **Não** à questão **Realizou exames laboratoriais** pressupõe que a pessoa não realizou (nem está previsto realizar) o teste de deteção de ácidos nucleicos por RT-PCR e/ou sequenciação numa amostra biológica. De seguida, e para cada uma das IST apresentadas, deverá ser registado/alterado o resultado, sempre que disponível.
43	**Internamento por Monkeypox**	Permite analisar a gravidade clínica do caso, devendo, em caso de internamento por infeção humana pelo VMPX, ser recolhidas as informações quanto à data de internamento, a instituição onde o doente se encontra ou encontrou internado, se foi internado em Unidade de Cuidados Intensivos e qual a data de alta. A resposta **Sim** a esta questão pressupõe que tenha estado internado em algum momento por infeção humana por vírus Monkeypox. Perante um caso em SINAVE cujo utente se encontre internado, não se deverá proceder à validação do mesmo até que haja desfecho e deverá ser registada a data de alta. Assim, deverá o caso manter-se por validar no nível local.
44	**Óbito**	Perante a resposta **Sim** a esta questão, deverá ser especificada a data de óbito.
45	**Número de pessoas com quem teve contacto sexual nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
46	**Número de coabitantes nos 21 dias anteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
47	**Número de pessoas com quem teve contacto sexual nos 21 dias posteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
48	**Número de coabitantes nos 21 dias posteriores ao início dos sinais/sintomas**	Deverá constar apenas o número.
49	**Contacto telefónico do doente**	Deverá constar apenas o número.
50	**Contactos do(a) médico(a) notificador(a)**	Esta informação não está disponível de forma automática nas notificações criadas, pelo que os campos devem ser preenchidos em todas notificações registadas.
51	**Vacinação contra a varíola**	Se o caso tem registo de vacina contra a varíola (smallpox), deverá ser preenchida consoante se o caso foi vacinado na sequência deste alerta de saúde pública (a vacina só esteve disponível a partir de julho de 2021) ou se já teria sido vacinado anteriormente, por outra exposição anterior a 2022 ou em criança.
52	**Localização de exposição mais provável nos 21 dias antes dos sinais/sintomas (se mais que uma, colocar**	No final da entrevista deverá ser definida local de exposição mais provável. Para isso deverão ser consideradas as seguintes opções: • Bares, restaurantes: Estabelecimentos de restauração ou pequenos eventos onde não ocorram contacto sexual

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

	na caixa Observações)	• Contacto sexual em discoteca/bar/evento privado/sauna ou similar: Frequência de eventos privados, discotecas, bares ou saunas onde sejam promovidas práticas sexuais • Estabelecimento de ensino: se frequência de estabelecimento de ensino onde tenha sido identificado pelo menos um caso suspeito, provável ou confirmado. • Eventos onde não ocorra contacto sexual: Eventos de média e grande dimensão onde o contacto sexual não é promovido. Não inclui bares e discotecas. • Eventos onde ocorra contacto sexual: Eventos de média ou grande dimensão onde o contacto sexual é promovido. Não inclui bares e discotecas. • Local de trabalho: caso os contactos de proximidade tenham ocorrido no local de trabalho • Serviços de prestação de cuidados de saúde: caso a transmissão tenha ocorrido em contexto de prestação de cuidados de saúde, internamento ou em laboratório. • Desconhecido: se nenhum local de exposição identificado
53	**Modo de transmissão mais provável**	No final da entrevista deverá ser definido modo de transmissão mais provável. Para isso deverão ser consideradas as seguintes opções: • Animal-humano: se contacto com animais que possam ser portadores do vírus como por exemplo roedores. • Associado a cuidados de saúde: caso o contacto tenha ocorrido no decorrer da prestação de cuidados de saúde (em caso de profissionais de saúde) ou devido aa casos no decorrer de um internamento. • Fómite: Em caso de partilha de toalhas, lençóis ou outros e não tenha havido outro contacto de proximidade. • Laboratório: nos casos dos profissionais de laboratório que se infetaram no decorrer da sua atividade laboral. • Mãe-filho: Infeção vertical durante a gravidez ou durante o trabalho de parto. • Sexual: doente com história de contacto sexual com caso suspeito, provável, confirmado ou práticas sexuais em anonimato ou múltiplas. • Pessoa-a-pessoa: contacto de proximidade com caso suspeito, provável, confirmado, que não sexual, não associado aos cuidados de saúde ou mãe-filho. • Outro: Identificado outro modo de transmissão alternativo. • Desconhecido: se nenhum modo transmissão identificado.
54	**Observações**	Este campo deve ser reservado para registar informação adicional não prevista nos restantes campos do formulário. Em caso de internamento deverá ser registado neste campo a razão que levou ao internamento.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Anexo II – Descontaminação e acondicionamento de amostras para envio ao INSA

Descontaminação de amostras

Primeiro colocar luvas limpas, depois descontaminar (preferencialmente dentro de uma **câmara** de segurança biológica de classe II), o exterior dos tubos com lixívia a 0,5% (a lixívia tem que ser preparada diariamente), seguida de álcool a 70% (ter em atenção que a identificação nos tubos realizada a caneta de acetato desaparece com o álcool) e colocar parafilme nas zonas de abertura dos tubos.

Acondicionamento das Amostras

O embalamento das amostras deve ser realizado de acordo com o seguinte procedimento (ver figura 1):

a. Proceder à descontaminação das amostras como descrito anteriormente;
b. Colocar luvas limpas;
c. Abrir o contentor secundário, preferencialmente dentro da câmara de segurança biológica de nível II;
d. Desinfetar o interior do contentor secundário com lixívia a 0,5% seguida de álcool a 70%;
e. Introduzir o material absorvente no fundo do contentor secundário;
f. Envolver o(s) tubo(s) da(s) amostra(s) (contentor primário) em material amortecedor;
g. Colocar o(s) tubo(s) da(s) amostra(s) no contentor secundário;
h. Mudar de luvas;
i. Fechar o contentor secundário;
j. Desinfetar o exterior do contentor secundário com lixívia a 0,5% seguida de álcool a 70%;
k. Tirar as luvas;
l. Colocar o contentor secundário no contentor exterior;
m. Se for necessário refrigerar as amostras, colocar os blocos refrigerados entre o contentor secundário e o exterior;
n. Envolver a requisição médica dentro de um saco ou mica de plástico e colocá-la dentro do contentor exterior;

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

o. Fechar o contentor exterior;

p. Enviar o mais rapidamente para a Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação (INSA).

Deve ser colocado no interior do contentor secundário material absorvente suficiente para absorver a totalidade do conteúdo em caso de derrame. Cada amostra deve ser embalada separadamente em contentores secundários.

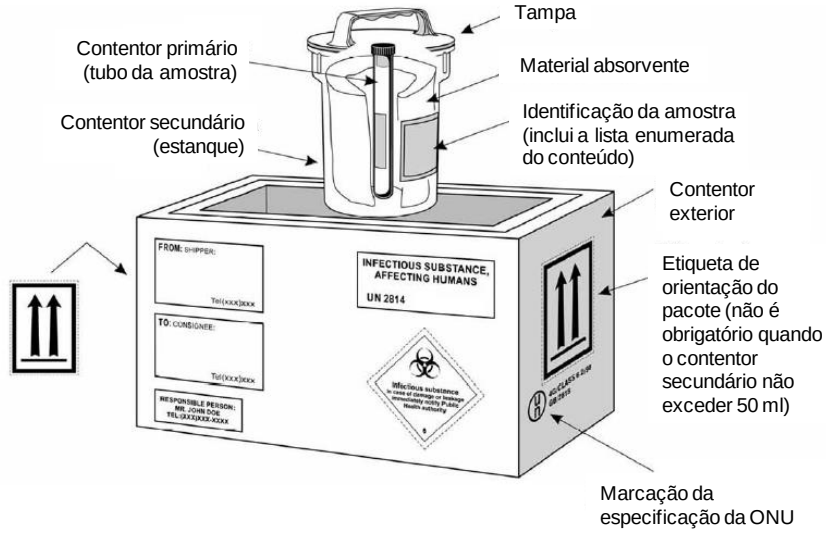

Figura 1: Exemplo do sistema de embalagem tripla para a embalagem e rotulagem dos produtos biológicos para o diagnóstico agentes de *Category A*.

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Anexo III – Modelo de Informação a acompanhar requisição laboratorial

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Informação complementar ao envio de amostras para diagnóstico de infeção por vírus Monkeypox

Esta informação deve ser acompanhada por requisição clínica.

1. Dados do Médico

Nome*:
Instituição*:
Email para envio de resultados*:
Telefone*:

*Dados obrigatórios

2. Dados do Doente

Nome*:	**N° SNS*:**
Data de nascimento*:	**Sexo*:** ☐ F ☐ M ☐ Outros
Concelho da residência*:	**Nacionalidade*:**
Email*:	**Telefone:**

*Dados obrigatórios

3. Amostras do Doente

Data da colheita*: _____

Tipo de amostras colhidas:
- ☐ zaragatoa com exsudado da ferida ou fluido vesicular ou pustular, em meio de transporte viral
- ☐ zaragatoa orofaríngea em meio de transporte viral
- ☐ sangue em tubo de gel para colheita de soro (5 mL)
- ☐ eventual zaragatoa retal em meio de transporte viral, caso haja justificação clínica

4. Sintomatologia do Doente

Data de início dos sintomas*: _____

Descrição dos sintomas

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, PORTUGAL
INSA-IM09_06 TEL +351 217 519 200 FAX +351 217 526 400 EMAIL info@insa.min-saude.pt www.insa.pt Página 1 de 1

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt