

	Tipe Lesi, sebutkan: <input type="checkbox"/> Makula <input type="checkbox"/> Umbilikasi pustula <input type="checkbox"/> Papula <input type="checkbox"/> Ulkus <input type="checkbox"/> Vesikel <input type="checkbox"/> Krusta/Keropeng <input type="checkbox"/> Pustula <input type="checkbox"/> Lainnya		
	Nyeri pada lesi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu		
Pembengkakan kelenjar getah bening (limfadenopati)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Jika Ya, Inguinal: : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Axilla : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Cervical : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Lokasi Lainnya:		
Sakit tenggorokan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Nyeri di anogenital	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Batuk/gejala respirasi	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Perdarahan anogenital	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Menggigil	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Radang di genital	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Asthenia	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Nyeri di mulut	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Athralgia	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Sakit menelan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Myalgia	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Susah menelan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Gejala pada mata (kemerahan, nyeri, dll)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Mual	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
Fatigue	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Muntah	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
<i>Backpain</i>	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	Gejala lain sebutkan.....	
Diare	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu		

E. Kondisi Penyerta (Komorbid)

Hamil	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya, Minggu Gestasi: ... minggu <input type="checkbox"/> Pos-partum (<6 minggu)	PPOK	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Diabetes	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Penyakit Ginjal	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Penyakit jantung	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Penyakit Hati	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Hipertensi	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tuberkulosis aktif	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Keganasan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tuberkulosis lampau	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
HIV	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya: <input type="checkbox"/> ARV <input type="checkbox"/> Non-ARV CD4 bila ada :	Bersamaan IMS lain	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya: <input type="checkbox"/> Gonorrhoea <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Klamidia <input type="checkbox"/> Limfomaganrolum <input type="checkbox"/> Lainnya,
Gangguan Kekebalan Tubuh	: <input type="checkbox"/> Ya, karena penyakit <input type="checkbox"/> Ya, karena pengobatan <input type="checkbox"/> Ya, alasan tidak diketahui <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui	Lain-lain sebutkan	:



F. Komplikasi Klinis

Apakah kasus mengalami komplikasi	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> ARDS (<i>Acute respiratory distress syndrome</i>) <input type="checkbox"/> Infeksi Saluran Pernapasan Bawah (misal: pneumonia) <input type="checkbox"/> Ensefalitis <input type="checkbox"/> Meningoensefalitis <input type="checkbox"/> Miokarditis <input type="checkbox"/> Infeksi Kornea	<input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Abses retrofaringeal <input type="checkbox"/> Still birth (IUD) <input type="checkbox"/> Infeksi sekunder <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
-----------------------------------	--	---

G. Derajat Keparahan dan Hasil Akhir Pengobatan

Apakah kasus dirawat di rumah sakit?	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
*Bila Ya	Nama RS terakhir	: ...
	Tanggal masuk RS terakhir	: ...
	Ruang rawat	: ...
	Perawatan ICU	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Tindakan perawatan	: ...
Jika ada, nama-nama RS sebelumnya	:	
Status Pasien Terakhir	<input type="checkbox"/> Selesai isolasi / Sembuh <input type="checkbox"/> Masih dirawat <input type="checkbox"/> Lost to Follow Up <input type="checkbox"/> Meninggal, tanggal : ___ / ___ / _____	
Kriteria Akhir Pasien	<input type="checkbox"/> Konfirmasi <input type="checkbox"/> Suspek <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Discarded	

H. Riwayat Vaksinasi

Apakah memiliki Riwayat vaksin cacar (<i>smallpox</i>)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
Apakah ada hasil serologi orthopoxvirus	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Bila Ya hasil.....	
Apakah memiliki Riwayat vaksin <i>mpox</i> ?	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Jika Ya, jenis vaksin: <input type="checkbox"/> Primary preventive (pre-exposure) vaccination (PPV) <input type="checkbox"/> Post-exposure preventive vaccination (PEPV)	
	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	

II. INVESTIGASI PAPARAN

I. Riwayat Paparan

Dalam 21 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari negara/wilayah terjangkit yang sedang terjadi KLB/melaporkan kasus <i>mpox</i> / endemis?						: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
Negara	Kota	Maskapai	No. Kursi	No. Paspor	Tanggal Perjalanan	Tanggal Tiba di Tujuan (Kota/Indonesia)	
Dalam 21 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak dengan kasus probable/konfirmasi?						: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Alamat Rumah	No HP/telp yang dapat dihubungi	Tanggal kontak terakhir	Jenis kontak
Hubungan dengan kasus <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anggota Serumah <input type="checkbox"/> Kerabat <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Pasangan Seksual <input type="checkbox"/> Fasilitas Kesehatan <input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan.....		Jenis Kontak <input type="checkbox"/> kontak erat (<1m tanpa ada kontak fisik) <input type="checkbox"/> kontak fisik kulit ke kulit, tanpa kontak mukosa dan berhubungan seksual <input type="checkbox"/> Kontak mulut ke kulit (berciuman atau seks oral) <input type="checkbox"/> Kontak Berhubungan Seksual <input type="checkbox"/> Kontak dengan benda terkontaminasi (cairan, barang, spre, dll) tanpa kontak langsung ke kasus <input type="checkbox"/> Tenaga kesehatan yang kontak dengan kasus tanpa APD yang sesuai <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Frekuensi kontak : <input type="checkbox"/> Satu kali <input type="checkbox"/> Beberapa kali Total Durasi Kontak : <input type="checkbox"/> <5 menit <input type="checkbox"/> 5-15 menit <input type="checkbox"/> 15 menit-1 jam <input type="checkbox"/> 1-4 jam <input type="checkbox"/> >4 jam				
Detail Paparan		<input type="checkbox"/> Rumah Tangga Bila di Rumah Tangga, berapa orang yang tinggal dalam 1 rumah? Sebutkan orang <input type="checkbox"/> Hotel atau penginapan <input type="checkbox"/> Tempat kerja <input type="checkbox"/> Sekolah/tempat penitipan anak <input type="checkbox"/> Fasilitas Layanan Kesehatan (termasuk laboratorium) <input type="checkbox"/> Klub malam/pesta <i>private</i> /sauna dengan kontak seksual <input type="checkbox"/> Bar/restoran atau event kecil tanpa kontak seksual <input type="checkbox"/> Event besar tanpa kontak seksual (misal festival atau acara olahraga) <i>indoor</i> <input type="checkbox"/> Event besar tanpa kontak seksual (misal festival atau acara olahraga) <i>outdoor</i> <input type="checkbox"/> Event besar dengan kontak seksual <input type="checkbox"/> Tidak tahu <input type="checkbox"/> Lainnya Nama dan alamat lokasi paparan:				
Riwayat Aktivitas Seksual		Dalam 21 hari sebelum bergejala, apakah melakukan hubungan seksual? • Ya • Tidak • Tidak Tahu Jika Ya, pilih jenis pasangan seksual: • Perempuan • Laki-laki Jumlah pasangan seksual dalam 21 hari terakhir <input type="checkbox"/> orang <input type="checkbox"/> Tidak bersedia menjawab <input type="checkbox"/> Tidak diketahui Memiliki pasangan anonim dalam 21 hari terakhir <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
Jika kasus merupakan Tenaga Kesehatan yang terpapar di Fasilitas Layanan Kesehatan		Dalam 21 hari apakah kontak langsung dengan kasus probable/konfirmasi?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui	
		Apakah selama kontak dengan kasus probable/konfirmasi, menggunakan APD yang sesuai?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Hanya memakai beberapa APD <input type="checkbox"/> Tidak diketahui	



	APD yang digunakan	<input type="checkbox"/> Masker bedah <input type="checkbox"/> Gaun <input type="checkbox"/> Sarung tangan <input type="checkbox"/> Respirator (misal N95, FFP2, dll) <input type="checkbox"/> Pelindung mata					
	Apakah terjadi kerusakan APD saat digunakan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui					
	Apakah menerapkan 5 momen mencuci tangan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui					
Riwayat Kontak Hewan	<p>Dalam 21 hari terakhir apakah terdapat kontak dengan hewan (cairan/lesi/konsumsi daging)?</p> <p>• Ya • Tidak • Tidak Tahu</p> <p>Jika ya,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hewan peliharaan • Hewan peliharaan pengerat (misal hamster, guinea pig, mencit, dll) • Hewan liar (misal monyet, tupai pohon, dll) <p>Apakah memiliki hewan peliharaan? • Ya • Tidak • Tidak Tahu</p> <p>Jika Ya, sebutkan jenis.....</p>						
Kemungkinan Mode Transmisi	<input type="checkbox"/> Kontak langsung dari orang ke orang (kecuali transmisi dari ibu ke anak selama kehamilan atau persalinan, penularan di layanan Kesehatan, atau transmisi seksual) <input type="checkbox"/> Transmisi seksual <input type="checkbox"/> Hewan ke manusia <input type="checkbox"/> Penularan di layanan Kesehatan <input type="checkbox"/> Penularan di laboratorium <input type="checkbox"/> Penularan dari ibu ke anak selama kehamilan atau persalinan <input type="checkbox"/> Benda terkontaminasi <input type="checkbox"/> Penerima transfusi <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan						
Apakah ada orang lain yang mengalami sakit yang sama di rumah, tetangga, tempat kerja atau keluarga yang lain?		: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu Jika Ya, lengkapi keterangan orang yang dimaksud					
Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hubungan dengan Kasus	Alamat Rumah	No HP/telp yang dapat dihubungi	Tanggal kontak terakhir	Jenis kontak
CATATAN (jika ada data, informasi apa saja yang dianggap perlu silakan ditulis							

Perjalanan Penyakit
(waktu paparan, timbul gejala, pemeriksaan pendukung, rujukan dan sebagainya) digambarkan dalam garis waktu berikut:

J. Informasi Pemeriksaan Penunjang

No.	Jenis Spesimen	Tanggal pengambilan Sampel	Tempat Pemeriksaan	Hasil
1	Caran lesi			
2	Keropeng/krusta			
3	Serum			
4	Swab anogenital			
5	Swab tonsil/orofaring			
6	Swab rektal			
7	Lain-lain, Sebutkan			

