

Quick Interim Guidelines for Mpox (Monkeypox)

Monkeypox virus is an enveloped double-stranded DNA virus of the same family of the virus that causes smallpox (eradicated in 1980). It should be noted that Mpox is not related to chickenpox, which is caused by the varicella virus.

Modes of Transmission

Human-to-human transmission occurs mainly through physical contact with a person having Mpox symptoms or contact with contaminated surfaces or personal belongings. Most cases related to the recent global outbreak have been transmitted through **close, intimate contact with symptomatic people, primarily during sexual contact**. Additionally, Mpox can be transmitted through the placenta in infected pregnant women to their fetus.

Animal-to-human (zoonotic) transmission is less likely in Saudi Arabia, and it may occur through direct contact or indirect contact with body fluids or cutaneous or mucosal lesion material of infected animals.

Surveillance Definitions of Human Cases of Mpox

A suspected case is defined as:

Unexplained rash* (macular, papular, vesicular, pustular) AND one or more of the following:

1. high-grade fever (>38.2°C),
2. Lymphadenopathy,
3. intense headache,
4. back pain/myalgia,
5. fatigue and lack of energy

*Unexplained rash is a rash for which the following common causes of acute rash do not explain the clinical picture: drug eruption, food allergy, varicella-zoster, herpes zoster, measles, herpes simplex, bacterial skin infections, primary or secondary syphilis; and any other locally relevant common causes of papular or vesicular rash.

In addition, An Unexplained rash includes Unexplained genital, ano-genital, or oral lesion(s) (for example, ulcers, nodules) or proctitis (for example, anorectal pain, bleeding)

A confirmed case is defined as:

A person who meets the suspected case definition with **laboratory confirmation** of Monkeypox PCR positive OR Isolation of Monkeypox virus in culture

Note: Evaluate for other STIs as per current guidelines.

Infection Prevention and Control

When handling suspected or confirmed cases of Mpox, strict adherence to **standard, contact, and droplet precautions** should be followed. Patients with Mpox should be **isolated in a healthcare facility in a single room with a dedicated bathroom**.

Laboratory Diagnosis

The best source of specimens for laboratory diagnosis of Mpox infections is **skin lesions**. Specimens should be collected by **trained staff wearing proper PPE**. Specimens should be collected from at least 3 lesions and preferably from different sites on the body. **All specimens should be sent to the Public Health Laboratory (PHL) as per regulations.**

Vaccination

The vaccine is available as a **pre-exposure prophylaxis for targeted at-risk groups and as a post-exposure prophylaxis** for confirmed case contacts. It is administered in two doses subcutaneously, 4 weeks apart.

Reporting

Suspected cases must be reported by all healthcare facilities using the notification form **immediately** to:

- **Health Electronic Surveillance Network (HESN Plus).**
- **Email the notification form** immediately to:
 - Communicable diseases program at Clusters and /or MOH branches/offices.
 - Coordinators at the MOH branches/offices report to the Communicable Disease Department at MOH.

Note: Failure to report reportable infectious diseases by healthcare organizations and/or professionals is punishable by law.



نموذج الإبلاغ الفوري لحالة مشتبهة بمرض جدري القردة في المملكة العربية السعودية

Immediate Notifiable Form for a Suspected Case of Mpox in Saudi Arabia

<p>Date of notification: dd/mm/yyyy Time:</p> <p>Epidemiological week:</p> <p>Reporting person:</p> <p>Reporting facility:</p> <p>Reporting address:</p> <p>Reporting contact number:</p>	<p>وقت الإبلاغ: / /</p> <p>تاريخ الإبلاغ: يوم/شهر/سنة</p> <p>الأسبوع الوبائي رقم:</p> <p>اسم المبلغ:</p> <p>الجهة المبلغة:</p> <p>عنوان المبلغ/الجهة:</p> <p>رقم التواصل للمبلغ/للجهة:</p>
<p>Suspected case information</p> <p>Name: Sex:</p> <p>Date of birth: dd/mm/yyyy Age:</p> <p>Nationality:</p> <p>ID type: (specify) ID number:</p> <p>Contact number(s):</p> <p>Address: city Dist&St.block</p> <p>PHC in patient's resident area</p> <p>Healthcare worker: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (specify occupation).....</p> <p>Workplace/ study</p>	<p>معلومات الحالة المشتبهة</p> <p>الاسم:</p> <p>تاريخ الميلاد: يوم/شهر/سنة</p> <p>العمر:</p> <p>الجنسية:</p> <p>رقم الهوية/الجواز:</p> <p>رقم التواصل:</p> <p>العنوان: المدينة: الحي والشارع: رقم المنزل:</p> <p>المركز الصحي في منطقة سكن المريض:</p> <p>عامل في الرعاية الصحية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (الرجاء تحديد المهنة).....</p> <p>مكان العمل / الدراسة:</p>
<p>Clinical Data</p> <p>Signs and Symptoms</p> <p>Rash? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>Description of rash (Please provide types):</p> <p><input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Papular</p> <p><input type="checkbox"/> Vesicular <input type="checkbox"/> Pustular</p> <p><input type="checkbox"/> Maculopapular <input type="checkbox"/> Vesiculopustular</p> <p>(Please provide location)</p> <p><input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Head <input type="checkbox"/> Mouth <input type="checkbox"/> Neck</p> <p><input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Arms <input type="checkbox"/> Legs</p> <p><input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> Others.....</p> <p>Fever? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>Temperature c°</p> <p>Headache ? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>Back pain? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>Myalgia? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>Exhaustion? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>lymphadenopathy? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p> <p>Other (Specify)?..... <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy <input type="checkbox"/> No</p>	<p>البيانات الاكلينيكية</p> <p>الاعراض والعلامات</p> <p>طفح جلدي؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>وصف الطفح الجلدي (الرجاء تحديد نوعه)</p> <p><input type="checkbox"/> بقعي <input type="checkbox"/> حطاطي</p> <p><input type="checkbox"/> بقعي حطاطي <input type="checkbox"/> حويصلي</p> <p><input type="checkbox"/> حويصلي صديدي</p> <p>(الرجاء تحديد موقعه):</p> <p><input type="checkbox"/> الوجه <input type="checkbox"/> الرأس <input type="checkbox"/> الفم <input type="checkbox"/> الرقبة</p> <p><input type="checkbox"/> الجذع <input type="checkbox"/> الأطراف العلوية <input type="checkbox"/> الأطراف السفلية <input type="checkbox"/> المناطق التناسلية <input type="checkbox"/> أخرى.....</p> <p>حمى؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>درجة الحرارة:</p> <p>صداع؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>الم في الظهر؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>آلام في العضلات؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>التعب والارهاق؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>انتفاخ في الغدد اللمفاوية؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p> <p>أخرى (حدد)؟..... <input type="checkbox"/> نعم، ابتداءً من: يوم/شهر/سنة <input type="checkbox"/> لا</p>
<p>History of Contact with a confirmed or suspected case? <input type="checkbox"/> Yes, last date: / / <input type="checkbox"/> No</p> <p>History of international travel in the last 21 days? <input type="checkbox"/> Yes, last date: / / <input type="checkbox"/> No</p> <p>From:</p> <p>History of any activities that contain direct physical contact, such as massage or sexual activity in the last 21 days? <input type="checkbox"/> Yes, last date: / / <input type="checkbox"/> No</p> <p>Type (place):.....</p> <p>Is the case immunosuppressed? <input type="checkbox"/> Yes, Reason:(specify due to diseases or medication or unknown) <input type="checkbox"/> No</p> <p>Do you currently have an STI? <input type="checkbox"/> Yes :(Please, specify) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>	<p>التاريخ: / /</p> <p>نعم، التاريخ: / /</p> <p>تاريخ القدوم من خارج المملكة خلال 21 يوم السابقة؟</p> <p>نعم، التاريخ: / /</p> <p>دولة القدوم:</p> <p>هل تمت ممارسة أنشطة كان بها ملامسة جسدية مباشرة كالمساج أو أنشطة جنسية خلال 21 يوم السابقة؟</p> <p>نعم، التاريخ: / /</p> <p>ما هو النشاط وموقعه:.....</p> <p>هل الحالة تعاني من نقص المناعة؟</p> <p>نعم، السبب:(الرجاء التحديد بسبب مرض او ادوية، او غير معروف)</p> <p>لا</p> <p>هل يعاني المصاب من أحد الأمراض المنقولة جنسياً؟</p> <p>نعم:(الرجاء تحديد نوع المرض)</p> <p>لا</p> <p>غير معروف</p>
<p>Has the case been isolated? <input type="checkbox"/> Yes, place of isolation:(specify location) <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was a sample taken? <input type="checkbox"/> Yes, name of a receiving lab: <input type="checkbox"/> No</p>	<p>هل تم عزل الحالة؟</p> <p>نعم، مكان العزل: (الرجاء التحديد المكان)</p> <p>لا</p> <p>هل تم أخذ عينة؟</p> <p>نعم، اسم المختبر المرسل له:</p> <p>لا</p>

This is a quick interim guideline for Mpox. For more details, refer to the latest Interim Guidelines for Mpox (Monkeypox) Here:

