

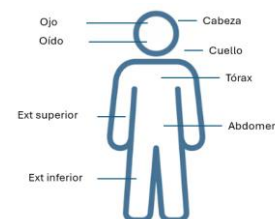
NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación ____/____/____
---------------------	-------------------	---

Datos de identificación

CIPA
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	____/____/____
Sexo	H: <input type="checkbox"/> , M: <input type="checkbox"/>

Presentación del HZ

Fecha de inicio de síntomas FIS (DD/MM/AAAA)		____/____/____																
Fecha de inicio del rash FIS (DD/MM/AAAA)		____/____/____																
Síntomas prodrómicos (anteriores al rash) (respuesta múltiple)	Dolor	<input type="checkbox"/>																
	Fiebre	<input type="checkbox"/>																
	Malestar	<input type="checkbox"/>																
	Otros (especificar)																
	Localización (respuesta múltiple)	<table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>Ojo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tórax</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oído</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremidad superior</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cuello</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremidad inferior</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ojo	<input type="checkbox"/>	Tórax	<input type="checkbox"/>	Oído	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	Cabeza	<input type="checkbox"/>	Extremidad superior	<input type="checkbox"/>	Cuello	<input type="checkbox"/>	Extremidad inferior
Ojo	<input type="checkbox"/>	Tórax	<input type="checkbox"/>															
Oído	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>															
Cabeza	<input type="checkbox"/>	Extremidad superior	<input type="checkbox"/>															
Cuello	<input type="checkbox"/>	Extremidad inferior	<input type="checkbox"/>															
Impacto	¿Ha tenido impacto en su trabajo/vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																	
	¿Ha precisado baja laboral? Sí <input type="checkbox"/> ... ¿Cuántos días? días No <input type="checkbox"/> No procede .. <input type="checkbox"/>																	
	¿Cuántos días no ha podido participar en sus actividades diarias? días																	



Antecedentes personales (AP)

Presencia de factores de riesgo (respuesta múltiple)	Tumor/hemopatía maligna	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad renal crónica/diálisis	<input type="checkbox"/>
	Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad inmunosupresora	<input type="checkbox"/>
	Trasplante	<input type="checkbox"/>
	VIH	<input type="checkbox"/>
	Otras enfermedades crónicas (especificar)
Acontecimiento estresante en 6 meses anteriores (respuesta múltiple)	Traumatismo/herida abierta	<input type="checkbox"/>
	Cirugía	<input type="checkbox"/>
	Quemadura	<input type="checkbox"/>
	Quemadura solar	<input type="checkbox"/>
	Ansiedad/depresión	<input type="checkbox"/>
	Otros (especificar)
Vacunado frente a HZ (respuesta única)	Sí	<input type="checkbox"/> ... número de dosis: 1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
	No sabe	<input type="checkbox"/>
Episodios anteriores de HZ (respuesta única)	Sí	<input type="checkbox"/> ... episodios anteriores: 1 <input type="checkbox"/> , más de 1: <input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Atención médica recibida

Fecha de la consulta (DD/MM/AAAA)		____/____/____	
Precisa derivación a especialista/urgencias		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Precisa hospitalización		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prescripción de tratamiento (respuesta múltiple)	Sí <input type="checkbox"/>	Antiviral	<input type="checkbox"/> ... En las 72h tras el rash: <input type="checkbox"/> , Más de 72h tras el rash: <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	Analgésicos no esteroideos	<input type="checkbox"/>
		Antiséptico tópico	<input type="checkbox"/>
		Anticonvulsivos	<input type="checkbox"/>
		Opioides	<input type="checkbox"/>
		Antidepresivos tricíclicos	<input type="checkbox"/>
		Corticoides	<input type="checkbox"/>
		Otros (especificar)

Observaciones

Cuestionarios validados

Se completa ZBPI (respuesta única)	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , ¿Por qué no?	Rechazo Incapacidad Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se completa EQ-5D (respuesta única)	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , ¿Por qué no?	Rechazo Incapacidad Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Seguimientos

Seguimientos		Primera visita (7 a 14 días) *obligatoria*	Segunda visita (90 días) *condicionada*
Curación	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta complicaciones (respuesta múltiple)	Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neuralgia posherpética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sobreinfección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Complicaciones oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Complicaciones auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otras (especificar)	_____	_____
Observaciones	_____	_____	