

<b>NOMBRE</b>	<b>CIAS</b>	<b>Fecha cumplimentación</b>	__ / __ / __
<b>Datos de identificación</b>			
CIPA .....			
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) .....			
Sexo ..... H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>			
<b>Presentación del HZ</b>			
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)		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		
<b>Antecedentes personales (AP)</b>			
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"/> Tratamiento inmunosupresor ..... <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"/>	
<b>Atención médica recibida</b>			
Fecha de la consulta (DD/MM/AAAA) .....			
Precisa derivación a especialista/urgencias .....			
Precisa hospitalización .....			
Prescripción de tratamiento		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"/> (respuesta múltiple) ..... 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) .....	
No ..... <input type="checkbox"/>			
<b>Observaciones</b>			
<hr/> <hr/>			

**Cuestionarios validados**

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

**Seguimientos**

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