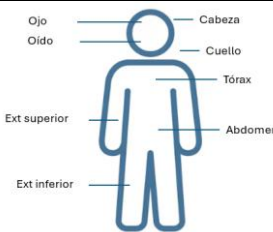


NOMBRE		CIAS	Fecha cumplimentación		
Datos de identificación					
CIPA					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)					
Sexo					
Presentación del HZ					
Fecha de inicio de síntomas FIS (DD/MM/AAAA)					
Fecha de inicio del rash FIS (DD/MM/AAAA)					
Síntomas prodrómicos (anteriores al rash) (respuesta múltiple)		Dolor			
		Fiebre			
		Malestar			
		Otros (especificar)			
Localización (respuesta múltiple)					
Impacto		¿Ha tenido impacto en su trabajo/vida?			
		¿Ha precisado baja laboral?			¿Cuántos días? días
		¿Cuántos días no ha podido participar en sus actividades diarias?			días
Antecedentes personales (AP)					
Presencia de factores de riesgo (respuesta múltiple)		Tumor/hemopatía maligna			
		Diabetes			
		Enfermedad renal crónica/diálisis			
		Problemas de salud mental			
		Enfermedad Inmunosupresora			
		Tratamiento inmunosupresor			
		Trasplante			
		VIH			
		Otras enfermedades crónicas (especificar).....			
Acontecimiento estresante en 6 meses anteriores (respuesta múltiple)		Traumatismo/herida abierta			
		Cirugía			
		Quemadura			
		Quemadura solar			
		Ansiedad/depresión			
		Otros (especificar)			
Vacunado frente a HZ (respuesta única)		... número de dosis:			
Episodios anteriores de HZ (respuesta única)		... episodios anteriores:			
Atención médica recibida					
Fecha de la consulta (DD/MM/AAAA)					
Precisa derivación a especialista/urgencias					
Precisa hospitalización					
Prescripción de tratamiento (respuesta múltiple)		Antiviral, ¿cuándo?			
		Analgésicos no esteroideos			
		Antiséptico tópico			
		Anticonvulsivos			
		Opioides			
		Antidepresivos tricíclicos			
		Corticoides			
		Otros (especificar)			
Observaciones					

Cuestionarios validados

Se completa ZBPI (respuesta única)	¿Por qué no?
Se completa EQ-5D (respuesta única)	¿Por qué no?

Seguimientos

Seguimientos		Primera visita <i>(7 a 14 días) *obligatoria*</i>	Segunda visita <i>(90 días) *condicionada*</i>
Curación			
Presenta complicaciones (respuesta múltiple)	Ninguna Neuralgia posherpética Sobreinfección Complicaciones oculares Complicaciones auditivas Neumonía Encefalitis ACV Otras (especificar)		
Observaciones			

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación
--------	------	-----------------------

Datos de identificación

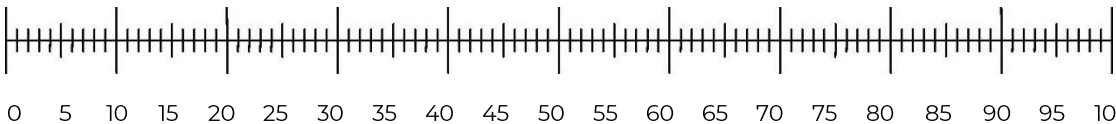
CIPA
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Sexo

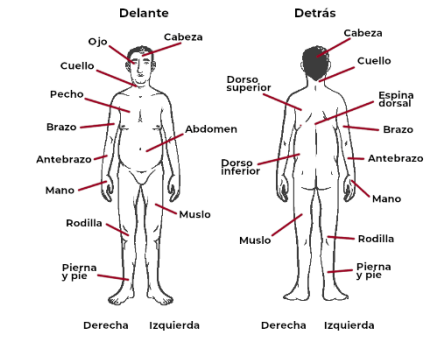
MOVILIDAD <i>(respuesta única)</i>	
AUTOCUIDADO <i>(respuesta única)</i>	
ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre) <i>(respuesta única)</i>	
DOLOR/MALESTAR <i>(respuesta única)</i>	
ANSIEDAD/DEPRESIÓN <i>(respuesta única)</i>	

SALUD AUTOPERCIBIDA

Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY. La escala está numerada del 0 al 100. 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Anote en el cuadro SU SALUD HOY el número en el que situaría su estado de salud actual.

La peor salud que usted se pueda imaginar		La mejor salud que usted se pueda imaginar
Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala. SU SALUD HOY		

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación																																																																																															
Datos de identificación																																																																																																	
CIPA Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Sexo																																																																																																	
<p>Las personas con herpes zóster pueden sufrir muy diferentes tipos de dolores o molestias en el área de la erupción. Estas sensaciones pueden persistir o recurrir incluso después de que la erupción haya desaparecido.</p> <p>Cuando conteste a las siguientes preguntas sobre el dolor, por favor incluya todos los tipos de dolor en el área de su erupción, incluyendo el dolor desencadenado por corrientes de aire sobre la piel, por el roce de la ropa, o por temperaturas elevadas o bajas.</p> <p>No incluya dolores o molestias que no estén relacionados con su herpes zóster, tales como dolor lumbar, artritis o dolores de cabeza.</p>																																																																																																	
<p>1 Indique si ha sentido algún tipo de dolor a causa de su herpes zóster en las últimas 24 horas</p> <p>2 Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una X la zona que más le duele.</p>																																																																																																	
<p>3 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en las últimas 24 horas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ningún dolor</td> <td colspan="6">El peor dolor imaginable</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																														
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																							
Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																																												
<p>4 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en las últimas 24 horas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ningún dolor</td> <td colspan="6">El peor dolor imaginable</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																														
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																							
Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																																												
<p>5 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor las últimas 24 horas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ningún dolor</td> <td colspan="6">El peor dolor imaginable</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																														
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																							
Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																																												
<p>6 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ningún dolor</td> <td colspan="6">El peor dolor imaginable</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																														
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																							
Ningún dolor					El peor dolor imaginable																																																																																												
<p>7 ¿Está recibiendo tratamiento o medicación para el dolor por herpes zóster? (indique la respuesta adecuada rodeándola con un círculo)</p>																																																																																																	
<p>8 En las últimas 24 horas, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor por herpes zóster? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0%</td><td>10%</td><td>20%</td><td>30%</td><td>40%</td><td>50%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td><td>100%</td> </tr> <tr> <td colspan="9">Ningún alivio</td> <td colspan="2">Alivio total</td> </tr> </table>			0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Ningún alivio									Alivio total																																																																										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%																																																																																							
Ningún alivio									Alivio total																																																																																								
<p>9 Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor por herpes zóster lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante las últimas 24 horas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">No me ha afectado</th> <th colspan="5">Me ha afectado por completo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actividades en general</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Estado de ánimo</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Capacidad de caminar</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Trabajo habitual*</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Relaciones con otras personas</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Sueño</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Disfrutar de la vida</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </tbody> </table>				No me ha afectado					Me ha afectado por completo					Actividades en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Trabajo habitual*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No me ha afectado					Me ha afectado por completo																																																																																											
Actividades en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
Trabajo habitual*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																						
<p><i>*incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas</i></p>																																																																																																	