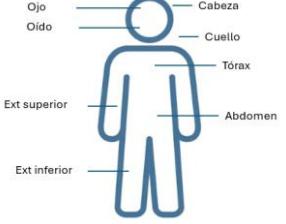


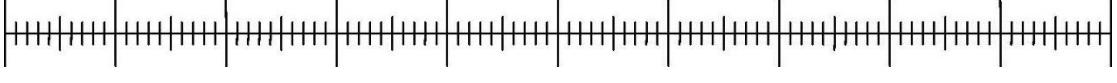
NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación
<b>Datos de identificación</b>		
CIPA .....		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) .....		
Sexo .....		
<b>Presentación del HZ</b>		
Fecha de inicio de síntomas FIS (DD/MM/AAAA) .....		
Fecha de inicio del rash FIS (DD/MM/AAAA) .....		
Síntomas prodrómicos (anteriores al rash) (respuesta múltiple)	Dolor ..... Fiebre ..... Malestar ..... Otros (especificar) .....	
Localización (respuesta múltiple) .....		
Impacto	¿Ha tenido impacto en su trabajo/vida? ..... ¿Ha precisado baja laboral? ..... ¿Cuántos días? ¿Cuántos días no ha podido participar en sus actividades diarias? .....	
<b>Antecedentes personales (AP)</b>		
Presencia de factores de riesgo (respuesta múltiple)	Tumor/hemopatía maligna ..... Diabetes ..... Enfermedad renal crónica/diálisis ..... Problemas de salud mental ..... Enfermedad Inmunsupresora ..... Tratamiento inmunsupresor ..... 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:	
<b>Atención médica recibida</b>		
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) .....	
<b>Observaciones</b>		

**Cuestionarios validados**

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

**Seguimientos**

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

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación
<b>Datos de identificación</b>		
CIPA .....		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) .....		
Sexo .....		
<b>MOVILIDAD</b> (respuesta única)		
<b>AUTOCUIDADO</b> (respuesta única)		
<b>ACTIVIDADES COTIDIANAS</b> (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre) (respuesta única)		
<b>DOLOR/MALESTAR</b> (respuesta única)		
<b>ANSIEDAD/DEPRESIÓN</b> (respuesta única)		
<b>SALUD AUTOPERCIBIDA</b>		
<p>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.</p> <p>Anote en el cuadro SU SALUD HOY el número en el que situaría su estado de salud actual.</p>		
La peor salud que usted se pueda imaginar	 <p>0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100</p>	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 .....		

\*incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas