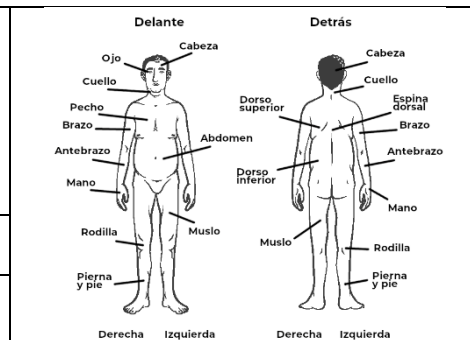


NOMBRE _____ **CIAS** _____ **Fecha cumplimentación** ____/____/____

Datos de identificación

CIPA
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Sexo H: ☐, M: ☐

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.
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.
No incluya dolores o molestias que no estén relacionados con su herpes zóster, tales como dolor lumbar, artritis o dolores de cabeza.



1 Indique si ha sentido algún tipo de dolor a causa de su herpes zóster en las últimas 24 horas

Sí: ☐, No: ☐

2 Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una X la zona que más le duele.

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor					El peor dolor imaginable					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor					El peor dolor imaginable					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor					El peor dolor imaginable					

6 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor					El peor dolor imaginable					

7 ¿Está recibiendo tratamiento o medicación para el dolor por herpes zóster? (indique la respuesta adecuada rodeándola con un círculo)

Sí: ☐ No: ☐

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

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún alivio									Alivio total	

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

	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

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