ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HERPES ZÓSTER

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: ……

Identificación del caso para el declarante: ……

Fecha de la primera declaración del caso[1]: ..... / ..... / .....

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... **Edad en meses en menores de 2 años**: .....

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: …… **C.A. de residencia:** ……

Provincia de residencia: …… **Municipio de residencia:** ……

Código postal de residencia: ……

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso[2]**:** ..... / ..... / .....

Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Hospitalización[3]**:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

DATOS DEL LABORATORIO

Agente causal[4]**:** ☐ Virus Varicela Zóster

Tipo de cepa

☐ Salvaje

☐ Vacunal (cepa OKA)

☐ Sin investigación en laboratorio

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada con vacuna recombinante adyuvada de subunidades HZ/su:

☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Número de dosis: ..... **Fecha de última dosis recibida:** ..... / ..... / .....

Vacunado de varicela con alguna dosis: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Número de dosis: ..... **Fecha de última dosis recibida:** ..... / ..... / .....

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones)**:**

☐ Sospechoso[5] ☐ Confirmado[6] (la variable criterio de laboratorio = Sí)

OBSERVACIONES[7]

.....

---

1. Fecha de la primera declaración del caso: fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.). En una misma persona, se considerará caso nuevo de herpes zóster cuando ocurra después de transcurridos al menos 6 meses desde el inicio del último caso.
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Sospechoso: Caso que cumple los criterios clínicos: persona que cumple al menos una de las siguientes definiciones:
   - Inicio agudo de erupción cutánea maculo-papulo-vesicular unilateral localizada, que afecta a uno o dos dermatomas.
   - Inicio agudo de erupción maculo-paulo-vesicular diseminada que afecta a tres o más dermatomas con o sin dolor en la zona afectada.
6. Confirmado: Caso que cumple los criterios clínicos y al menos un criterio de laboratorio:
   - Aislamiento del VVZ de muestra clínica (líquido vesicular) en cultivos de líneas celulares.
   - Detección de ácido nucleico del VVZ en una muestra clínica (PCR).
   - Detección de antígeno viral por Inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
7. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.