**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HERPES ZOSTER**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto:epidemiologia.alertas@larioja.org)

**Teléfono 941 291254**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**      /     /

**Persona que declara el caso:**      

**Centro de trabajo:**       **Teléfono:**

**Municipio:**       **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**        **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**       **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:      /     /

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

**Sexo: Hombre**  **Mujer**  **Desconocido**

**País de nacimiento:**       **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación:**      **Centro de Estudio (aula)/Trabajo:**

**DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**     /     /     

**Fecha de inicio de síntomas:**      /     /

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No

**Defunción:** Sí  No

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunación frente a Herpes Zóster:**

**Vacunado con alguna dosis**: Sí  No

**Número de dosis:**

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

**Presenta documento de vacunación** Sí  No

**Vacunación frente a Varicela:**

**Vacunado con alguna dosis**: Sí  No

**Número de dosis:**

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

**Presenta documento de vacunación** Sí  No

**OBSERVACIONES**

1. Por defecto fecha de recepción de la muestra en el laboratorio [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)