

FULL DE NOTIFICACIÓ DE HERPES ZÒSTER

Revisió 2026. Servei de Vigilància en Salut Pública - Remetre a vigilancia@dgsanita.caib.es

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació

☐ Sospitós

☐ Probable

☐ Confirmat

Criteri clínic

Criteri epidemiològic

Criteri de laboratori

Sí

No

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Associat a un brot

☐ Sí

☐ No

Identificador del brot

DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Metge/ssa de que declara el cas

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

DADES DE FILIACIÓ DE LA PERSONA MALALTA

DNI/NIE/Passaport

Telèfon

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Data de naixement

Edat en anys

Edat en mesos (si és < 2 anys)

Sexe naixement

Sexe administratiu

Domicili

Municipi

CP

Sí

No

Desconegut

Estranger

☐

☐

☐

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

Turista

☐

☐

☐

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

☐ virus Varicela Zóster

Tipus de soca

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

DADES DE VACUNACIÓ

Vacunació HZ/su

Núm. dosi

Data darrera dosi

Vacunació varicel·la

Núm. dosi

Data darrera dosi

OBSERVACIONS