FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNA FRENTE AL HERPES ZÓSTER (vacuna inactivada)

EN GRUPOS DE RIESGO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datos del paciente | | | |
| NOMBRE: | | APELLIDOS: | |
| FECHA NACIMIENTO: | NHC: | | CENTRO DE SALUD |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pacientes a partir de 18 años incluidos en alguno de los siguientes grupos de riesgo:  (Marcar con una X lo que corresponda) | | |
|  | Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) | |
|  | Trasplante de órgano sólido (TOS) o personas en espera del mismo | |
|  | Tratamiento con fármacos anti-JAK | |
|  | VIH | |
|  | Hemopatías malignas | |
|  | Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia | |
|  | Antecedente de 2 o más episodios de Herpes zóster | |
| Pacientes a partir de 50 años en tratamiento con alguno de los siguientes fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores:  (Marcar con una X lo que corresponda) | | |
|  | Terapias dirigidas frente a células B (incluido rituximab durante el tratamiento y hasta un periodo de 6 meses tras el mismo) | |
|  | Anticuerpos monoclonales frente al receptor de IFN-1 (Anifrolumab) | |
|  | Fármacos anti-TNF | |
|  | Moduladores de la coestimulación de células T | |
|  | Inhibidores del receptor de IL-6, IL-17, IL-12/23, IL-23 | |
|  | Corticoides sistémicos a dosis moderadas-altas (Equivalentes a ≥20 mg/día de prednisolona durante más de 10 días, recibida en las 4 semanas previas; equivalentes a ≥10 mg/día de prednisolona durante más de 4 semanas, recibida en los 3 meses previos) | |
|  | Otros fármacos como metotrexato>20 mg/semana (oral o subcutáneo), azatioprina>3 mg/kg/día, 6-mercaptopurina>1,5 mg/kg/día, micofenolato>1 g/día, en los 3 meses previos | |
| Personal sanitario solicitante | | |
| NOMBRE: | | Nº COLEGIADO: |
| CENTRO DE SALUD: | | FECHA: |