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:            |