|  |  |
| --- | --- |
| INSERT LOGO HERE | **Departamento Para la Salud Pública en Kentucky****Evaluación de Riesgos de Contraer Tuberculosis (TB)**  |
| Nombre del paciente (A,N,SN): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fec. de nac.: \_\_\_\_\_\_\_\_Raza: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_N.o de Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, Estado, Cód. Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.o de la casa/trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.o de celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente embarazada: \_\_\_ No \_\_\_ Sí; Si es “sí”, FUM \_\_\_\_\_\_\_\_Idioma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País de origen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año de llegada a los EE. UU.:\_\_\_\_\_\_\_Necesita intérprete: \_\_\_\_No \_\_\_\_ SíAlergias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicamentos que toma actualmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Tamizaje de síntomas de TB activa (Marque todos los que correspondan)**

\_\_\_Ninguno (Pase a la sección II, “Tamizaje de Riesgo de Infección de TB”)\_\_\_Tos por > 3 semanas Productiva: \_\_\_SÍ \_\_\_NO

|  |
| --- |
| **Pacientes pediátricos****(< 5 años):**\_\_\_Sibilancia\_\_\_Falta de crecimiento\_\_\_Reducción de su actividad, alegría y/o energía\_\_\_Inflamación del nódulo linfático\_\_\_Cambios de personalidad |

\_\_\_ Hemoptisis\_\_\_ Fiebre, inexplicable\_\_\_ Pérdida de peso inexplicable\_\_\_ Falta de apetito\_\_\_ Sudoraciones nocturnas \_\_\_ Fatiga *Evalúe estos síntomas* *según el contexto* | **Historial de BCG / Prueba cutánea de TB (TST) / BAMT / Tratamiento de TB:**Historial de BCG previa: \_\_\_NO \_\_\_SÍ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Historial de previa TST (+) o de BAMT (+): \_\_\_\_NO \_\_\_ SÍFecha de TST (+) / de BAMT (+) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TST: \_\_\_\_mmFecha de radiografía torácica (CXR): \_\_\_\_\_\_Resultado de CXR: \_\_\_Anormal \_\_\_NormalDiagnóstico: \_\_\_Infección latente de TB \_\_\_EnfermedadFecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de terminación del tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Receta médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Se hizo el tratamiento completo: \_\_\_NO \_\_\_ SÍLugar del tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Resultados(s) *(Marque todas las que correspondan)***

\_\_\_ Tratamiento previo contra la LTBI y/o la TB activa\_\_\_ Ningún factor de riesgo de contagio de TB \_\_\_ Riesgo(s) de contagio y/o de progresión a la fase activa\_\_\_ Posible sospechoso de tener TB \_\_\_ Previa TST (+) o BAMT (+), ningún tratamiento previo |
| 1. **Tamizaje de riesgo de infección de TB *(Marque todas las que correspondan)***

 Las personas con riesgo incrementado de contraer una infección latente de TB (LTBI) o de progresar a la fase activa de la enfermedad al contagiarse deberían hacerse una TST. En el caso de las personas que tienen una historial de LTBI, el tamizaje debería personalizarse.1. **Evalúa el riesgo de contraer LTBI. El paciente:**

\_\_\_ es en estos momentos un contacto de alto riesgo de una persona sobre la que se sabe o se sospecha que tiene TB activa. \_\_\_ ha estado 3 o más meses en otro país en el que la TB es común y ha estado en los EE. UU. < 5 años\_\_\_ reside o trabaja en sitio de gran congregación con alto riesgo de TB \_\_\_ es un trabajador de la salud que atiende a pacientes de alto riesgo\_\_\_ vive en una zona caracterizada por una precaria atención médica\_\_\_ ha estado sin techo en algún momento de los últimos dos años\_\_\_ es un lactante, un niño o un adolescente expuesto a algún(os) adulto(s) incluido(s) en categorías de alto riesgo\_\_\_ se inyecta sustancias ilícitas o consume cocaína en piedra o *crack* \_\_\_ es miembro de un grupo identificado por el dpto. de salud como grupo de riesgo incrementado de contagio de TB\_\_\_ necesita de un tamizaje inicial/anual aprobado por el dpto. de salud 1. **Evalúa el riesgo de contraer TB activa si se contagia**

**El paciente...**\_\_\_ es seropositivo a VIH\_\_\_ tiene riesgo de infección de VIH, pero se desconoce su estatus de VIH\_\_\_ se contagió hace poco de *Mycobacterium tuberculosis*\_\_\_ tiene ciertas afecciones clínicas, lo cual lo pone en alto riesgo de contraer  TB activa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se inyecta sustancias ilícitas (determinar estatus de VIH): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tiene un historial de TB tratada inadecuadamente\_\_\_ está >10% por debajo del peso corporal ideal\_\_\_ está en terapia inmunodepresora (esto incluye tratamiento contra la artritis reumatoide con fármacos como REMICADE, HUMIRA, etc.) |
| 1. **Accion(es) *(Marque todas las que correspondan)***

\_\_Carta emitida de tamizaje \_\_ Recipientes de esputo facilitados\_\_ Remitido para CXR \_\_ Remitido para evaluación médica\_\_ Se administró la prueba cutánea de TB Mantoux \_\_ Extracción de sangre BAMT/prueba de interferón gama (IGRA)\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Marca/# de lote de TST \_\_\_\_ Marca/# de lote de TST \_\_\_\_** |
|  Brazo: \_\_\_Izq. \_\_\_Derecho Fecha/Hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enduración\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mm |  Brazo: \_\_\_ Izq. \_\_\_Derecho Fecha/Hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enduración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mm |
| **\_\_\_BAMT \_\_\_T-SPOT.*TB* \_\_\_QFT-TB-Gold-Plus** |
| Fecha/Hora de extracción de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Resultado: \_\_\_Pos \_\_\_Neg \_\_\_Limítrofe/Indeterminado |
| Firma del examinador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del examinador (en letra de molde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Título del examinador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Mediante la presente autorizo a los médicos, enfermeras o enfermeras diplomadas del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Departamento para la Salud Pública a administrarnos una Prueba Cutánea de Tuberculosis (TST) o a extraernos sangre a mí o al niño mío mencionado arriba para una prueba sanguínea de detección de *Mycobacterium* *tuberculosis* (BAMT).
* Doy mi consentimiento a que los resultados de esta prueba les sean comunicados a otros proveedores de atención médica.
* Estoy consciente de que: • esta información la usarán los proveedores de atención médica para fines de observación/estadísticos solamente.

 • esta información será mantenida confidencialX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**IMPORTANTE: El decidir examinarse equivale a decidir tratarse.** Debido a los altos índices de resultados falsos positivos de la prueba cutánea de TB, el Programa de Control y Prevención de TB en Kentucky desaconseja la administración de TST Mantoux a personas que tengan un riesgo bajo de infección de TB. |

 TB-4 (7/2022)