|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 \_\_\_\_ Sí  Alergias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_ SÍ  Fecha de TST (+) / de BAMT (+) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TST: \_\_\_\_mm  Fecha de radiografía torácica (CXR): \_\_\_\_\_\_Resultado de CXR: \_\_\_Anormal \_\_\_Normal  Diagnóstico: \_\_\_Infección latente de TB \_\_\_Enfermedad  Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de terminación del tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Receta médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se hizo el tratamiento completo: \_\_\_NO \_\_\_ SÍ  Lugar 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 confidencial  X  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)