



Evaluación de riesgo de tuberculosis del paciente

(Patient Tuberculosis Risk Assessment)

This form should be used for any client requesting tuberculosis testing, as a screening tool to document risk prior to testing, and to determine whether testing is indicated.

FACILITY INFORMATION

Date _____

Facility/Clinic _____

Mailing address _____ Phone _____

City/State/Zip _____ Fax _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION)

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nac. _____ Sexo _____

Ocupación _____ País de nacimiento _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Contacto alternativo/tutor _____

Raza Caucásico Negro o afroestadounidense Nativo de EE. UU./nativo de Alaska Asiático No sabe Otra _____

Etnia No hispano Hispano/latino

Estado del seguro médico del paciente: No asegurado Asegurado Medicaid Medicare

TRATAMIENTO O PRUEBAS ANTERIORES DE TUBERCULOSIS (PREVIOUS TB SCREENING OR TREATMENT)

En el pasado, ¿le realizaron un análisis de sangre o prueba cutánea de tuberculosis? No Sí, fecha de la última prueba _____
Resultado Neg. Pos. _____ mm

¿Alguna vez recibió tratamiento para la enfermedad o infección de tuberculosis? No Sí Si es así, indique fechas de tratamiento, ubicación y medicamentos: _____

¿Alguna vez recibió la vacuna contra la tuberculosis (BCG)? No Sí, país y fecha de la vacuna _____

En los últimos 30 días, ¿recibió una vacuna viral atenuada como MMR, varicela, gripe, fiebre amarilla? No Sí, fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO (CONSENT FOR SCREENING AND TREATMENT)

De acuerdo con la ley estatal, los resultados positivos de las pruebas se pueden informar al Departamento de Salud de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés). Como lo requiere la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), el WDH no puede usar ni divulgar información médica protegida sin una autorización.

Reconocimiento de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad: He recibido y leído el aviso de prácticas de privacidad del WDH y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se utilizará mi información.

Firma del cliente (o tutor) _____ Fecha _____

****El resto de este document debe ser revisado por un enfermero u otro medico.****

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE TUBERCULOSIS (TB SYMPTOM ASSESSMENT)

Se debe realizar una revisión de síntomas a todos los clientes. Los síntomas aumentan el riesgo de enfermedad de tuberculosis o de progresión a la enfermedad, pero deben evaluarse en contexto.

S	N	Tos prolongada (>2-3 semanas) con o sin producción de esputo que puede ser con sangre	S	N	Diagnóstico de neumonía extrahospitalaria que no ha mejorado después de 7 días de tratamiento
S	N	Dolor en el pecho	S	N	Pérdida de peso inexplicable
S	N	Escalofríos	S	N	Debilidad o fatiga fácil
S	N	Fiebre	S	N	Pérdida de apetito
S	N	Sudores nocturnos	S	N	Otro

Nurse/Clinician Initials _____ Date _____

Client Name _____ DOB _____

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS OBJETIVO (TARGETED TB RISK ASSESSMENT)

Revise los siguientes factores de riesgo antes de decidirse a realizar la prueba. Los clientes con síntomas de tuberculosis o cualquiera de estos factores de riesgo tienen un mayor riesgo de infección o enfermedad de tuberculosis y deben hacerse la prueba. En los clientes con antecedentes de pruebas positivas previas o tratamiento previo contra la tuberculosis, este formulario se puede utilizar como una revisión de síntomas y riesgos. Si no se identifican más síntomas o riesgos, es posible que no sea necesario realizar pruebas.

Marcar si corresponde	Empleo (indicar el lugar) Employment Risks (please identify facility)
	Centros correccionales o de detención
	Centro de salud, incluidos estudiantes de salud
	Centro de cuidados prolongados
	Centro para salud mental o consumo de sustancias
	Refugio para personas sin hogar
	Guardería
	Otro

Marcar si corresponde	Riesgos sociales (indique país o centro según sea necesario) Social Risks (please identify country or facility as needed)
	Personas nacidas en el extranjero de áreas que tienen una carga elevada de tuberculosis (por ejemplo, América Latina, el Caribe, África, Asia, Europa del Este, Rusia, América del Sur). <i>Indicar país(es):</i>
	Bebés, niños y adolescentes expuestos con frecuencia a adultos con alto riesgo de infección por tuberculosis.
	Bebés, niños, adolescentes con antecedentes de viajes a países con infección endémica (enumerados anteriormente) y contacto sustancial con personas nativas de esos países. <i>Indicar el país y la duración:</i>
	Los viajeros que anticipan una posible exposición prolongada a personas con tuberculosis (por ejemplo, aquellos que esperan estar en contacto rutinariamente con poblaciones de clínicas, hospitales, cárceles o refugios para personas sin hogar) deben hacerse una prueba cutánea de tuberculosis o un análisis de sangre de tuberculosis antes de salir de los Estados Unidos. Si la reacción a la prueba es negativa, deben repetir la prueba de 8 a 10 semanas después de regresar a los Estados Unidos. <i>Indicar país(es):</i>
	Residentes o antiguos residentes de entornos congregados de alto riesgo (centros de cuidados prolongados, centro de tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias, refugios para personas sin hogar, centro correccional). <i>Indicar lugar(es):</i>
	Sin hogar (en el pasado o en la actualidad)
	Consumo de drogas inyectables (en el pasado o en la actualidad)
	Otro

Marcar si corresponde	Condiciones clínicas con mayor riesgo de progresión a la enfermedad de tuberculosis Clinical conditions that impact interpretation of TST (see page 4) and increase risk for progression to TB disease (Active TB).	Comentarios
	VIH/SIDA	
	Consumo de sustancias	
	Silicosis	
	Diabetes	
	Enfermedad renal grave	
	Enfermedad hematológica/reticuloendotelial	
	Cáncer de cabeza, cuello, pulmón	
	Peso corporal bajo (10 % o más por debajo del ideal)	
	Otra terapia inmunosupresora que incluye tomar el equivalente a >15 mg/día de prednisona durante 1 mes o más, tomar antagonistas del TNF-α.	
	Trasplante de órgano	
	Síndromes de malabsorción crónica, gastrectomía o derivación yeyunoileal (por ej., enfermedad de	
	Hallazgo de CXR sugestivo de tuberculosis previa sin antecedentes de tratamiento adecuados	

INVESTIGACIÓN DE CONTACTO (CONTACT INVESTIGATION)

¿El cliente ha estado expuesto a alguien con tuberculosis activa? N S (recomendado por IGRA, preautorización disponible)

Nombre de contacto _____

I Nurse/Clinician Initials _____ Date _____

Client Name _____ DOB _____

No se identificaron síntomas o riesgos; no se indicó ninguna evaluación de tuberculosis.

TB TESTING AND TREATMENT RECORD
TESTING INFORMATION

Patients who have completed TB treatment should no longer be screened for tuberculosis infection using skin tests or interferon gamma release assays (IGRAs), as they are unreliable predictors of infection after treatment completion. Instead, any tuberculosis screening should be for active disease and only in the context of suspected reinfection due to known exposure or symptom development.

Do not place a TB skin test if the patient has a previously positive TB test, received BCG, or is foreign born.

First Skin Test

Second Skin Test

Lot/Exp _____ Date read _____
Site _____ Time read _____
Date placed _____ Read by _____
Time placed _____ Induration _____ mm
Placed by _____ Positive Negative

Lot/Exp _____ Date read _____
Site _____ Time read _____
Date placed _____ Read by _____
Time placed _____ Induration _____ mm
Placed by _____ Positive Negative

Financial assistance for the cost IGRAs, chest x-rays, liver function test, and sputum cultures may be available for those who qualify. The Prior Authorization request form for this service can be found at <https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/tuberculosis-2/>. Complete the form and submit to cdu.treatment@wyo.gov or via fax to (307) 777-5279.

IGRA Test T-SPOT QuantiFERON Gold Date drawn _____ Result Date _____ Result _____

Chest X-ray (CXR) Date _____ Results _____

HIV Test Negative Positive Refused testing Unknown

Sputum Culture Date _____ Results _____
Date _____ Results _____
Date _____ Results _____

Liver Function Testing (if applicable)

Date _____ Results _____
Date _____ Results _____

Other testing/comments _____

TREATMENT/MEDICATIONS

TB medication assistance may be available through the TB program. Please submit this completed risk assessment, lab results (if applicable), the CXR report, and copy of the prescription to the WDH TB program at cdu.treatment@wyo.gov or via fax to (307) 777-5279.

Isoniazid _____ **Prescribing provider** _____
 Rifapentine _____ **Date therapy began** _____
 Rifampin _____ **Date therapy completed** _____
 Ethambutol _____ **Date therapy discontinued** _____
 Rifabutin _____ **Reason** Death Adverse reaction Moved Lost to follow-up
 Pyrazinamide _____ Diagnosed w/ active disease Non-compliant

After client completes (or discontinues) therapy fill out the Completion of Treatment Letter which can be found at <https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/tuberculosis-2/> and submit to cdu.treatment@wyo.gov or via fax to (307) 777-5279.

Nurse/Clinician (signature & credentials) _____ Date _____

Comments: _____

Nurse/Clinician (signature & credentials) _____ Date _____

INTERPRETING MANTOUX TUBERCULIN TESTS

Important Skin Testing information:

The skin test reaction should be read between 48 and 72 hours after administration by a health care worker trained to read TST results. A patient who does not return within 72 hours will need to be rescheduled for another skin test.

The reaction should be measured in millimeters of the induration (firm swelling). The reader should **not** measure erythema (redness). The diameter of the indurated area should be measured across the forearm (perpendicular to the long axis).

Classification of the Tuberculin Skin Test Reaction

An induration of 5 or more millimeters is considered positive in:	An induration of 10 or more millimeters is considered positive in:	An induration of 15 or more millimeters is considered positive in:
<ul style="list-style-type: none"> -People living with HIV -A recent contact of a person with infectious TB disease - People with chest x-ray findings suggestive of previous TB disease -People with organ transplants -Other immunosuppressed people (e.g., patients on prolonged therapy with corticosteroids equivalent to/greater than 15 mg per day of prednisone or those taking TNF-a antagonists) 	<ul style="list-style-type: none"> -People born in countries where TB disease is common, including Mexico, the Philippines, Vietnam, India, China, Haiti, and Guatemala, or other countries with high rates of TB -People who abuse drugs or alcohol -Mycobacteriology laboratory workers -People who live or work in high-risk congregate settings (e.g., nursing homes, homeless shelters, or correctional facilities) -People with certain medical conditions that place them at high risk for TB (e.g., silicosis, diabetes mellitus, severe kidney disease, certain types of cancer, and certain intestinal conditions) -People with a low body weight (<90% of ideal body weight) -Children younger than 5 years of age -Infants, children, and adolescents exposed to adults in high-risk categories 	<ul style="list-style-type: none"> -People with no known risk factors for TB

Reference: 5/17/2021 <https://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/skintesting.htm>

*Additional instructions/recommendations may apply to individuals seeking care through a Civil Surgeon. Please reference the recommendations at <http://www.cdc.gov/ncidod/dq/civil.htm>.