

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE TB (TUBERCULOSIS)

_____	_____	_____	_____/_____/_____
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
_____		_____	_____
Domicilio		Cuidad	Estado Código Postal
_____	_____	_____/_____/_____	
Número de teléfono	Teléfono celular o del trabajo	Fecha de hoy	

MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS QUE TIENE HOY

Tos Tos con sangre Fiebre Pérdida de peso Cansancio Transpiración nocturna

POR FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS

¿Por qué necesita la prueba de TB hoy?			
¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de TB de la piel o de sangre?	Sí	No	No sé
¿Alguna vez tuvo una reacción severa a la prueba de TB de la piel?	Sí	No	No sé
¿Alguna vez tomó un medicamento para la tuberculosis?	Sí	No	No sé
¿En qué país nació?			
¿Si <u>no</u> nació en los EEUU, cuándo llego aquí?			
¿Recibió la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin)?	Sí	No	No sé
¿Estuvo en contacto con alguien que tiene TB?	Sí	No	No sé
¿Usó alguna vez drogas por inyección?	Sí	No	No sé
¿Tiene usted HIV/SÍDA?	Sí	No	No sé
¿Tiene usted alguna enfermedad que pueda afectar su sistema inmunológico, como cáncer, leucemia u otro?	Sí	No	No sé
¿Tiene diabetes?	Sí	No	No sé
¿Tiene enfermedad severa del riñón?	Sí	No	No sé
¿Pesa usted menos de lo normal o tiene una enfermedad que afecta la absorción de comida y nutrientes?	Sí	No	No sé
¿Le hicieron un puente (bypass) intestinal o una gastrectomía?	Sí	No	No sé
¿Toma usted medicamentos recetados? Escribalos abajo:	Sí	No	No sé

Continúe en la siguiente pagina →

Nombre: _____

Apellido

Nombre _____

Nombre

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA

He recibido información sobre la prueba de la piel para TB. Tuve oportunidad de hacer preguntas que se contestaron a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en regresar dentro de 48-72 horas para que me examinen la prueba. Entiendo los riesgos y beneficios de la prueba de la piel para TB y solicito que se me administre la prueba. Entiendo que si tengo síntomas de TB o si la prueba de la piel para TB es positiva, los resultados se podrán comunicar al médico con quien me pondré en contacto si necesito atención médica.

Firma

Fecha

No MARQUE ABAJO, SOLAMENTE PARA USO DE LA ENFERMERA

	TST #1	TST #2
Administration		
Name of person giving test		
Date and time administered		
Location (circle)	L forearm R forearm	L forearm R forearm
Tuberculin manufacturer		
Tuberculin exp. date and lot #		
Administrator signature		
Results (48-72 hours)		
Date and time read:		
Number of mm of induration:	_____ mm	_____ mm
Interpretation of reading (circle)	Positive** Negative	Positive** Negative
Reader's signature		

****Interpreting the TST**

≥ 5 mm is positive for:

- HIV infected
- Recent contacts
- People with fibrotic changes on CXR
- Patients with organ transplant and others on immunosuppressant drugs (including prolonged course of oral or intravenous corticosteroids or TNF alpha inhibitors)

≥ 10 mm is positive for:

- Recent immigrants (≤5 yrs) from high TB burden countries
- Injection drug users
- Mycobacterial lab workers
- People who live/work in high risk congregate settings (health care workers, long term care, correctional facilities)
- Children younger than 4 years
- Infants, children and adolescents exposed to adults in high risk categories
- People with: Diabetes, severe kidney disease, silicosis, cancer of head or neck, hematologic or reticuloendothelial disease such as Hodgkin's disease or leukemia, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndromes, low body weight

≥ 15 mm is positive if there are no known TB risk factors