



PERFIL DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO/ CASA: _____ TELÉFONO/ MÓVIL: _____

TELÉFONO/TRABAJO: _____

GENDER: HOMBRE MUJER OTRO

FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cómo se entero de nosotros? _____

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA LA PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULOSIS (TST)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

Para pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudan a determinar si debe continuar con el TST.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
1. ¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea de TB positiva o un análisis de sangre de TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Naciste, viviste o viajaste temporalmente (durante ≥ 1 mes) en un país con una alta tasa de TB? (es decir, cualquier país que no sea Australia, Canadá, Nueva Zelanda, los Estados Unidos y los del oeste o el norte de Europa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido vacunado con una vacuna de virus vivos (por ejemplo: sarampión, varicela, herpes zóster, viruela) en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido una reacción severa previa a la prueba cutánea de TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está usted actualmente bajo terapia inmunosupresora? (p. ej., infliximab, etanercept u otros), esteroides crónicos (equivalente a prednisona ≥ 15 mg/día durante ≥ 1 mes) u otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Eres VIH positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido diagnosticado previamente con la enfermedad de Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Questionnaire reviewed and evaluated by:

Name: _____ Title: _____

Signature: _____

Date: _____

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA LA PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULOSIS (TST)

Criterios de Evaluación TST

	Criterio	Acción Prescrita
Indicación	Contacto con un caso infeccioso de TB	Administrar TST
	Pacientes en terapia de inmunosupresión	Administrar TST. Mayor riesgo de enfermedad de tuberculosis
	Mujeres embarazadas/lactantes	Administrar TST. El embarazo y la lactancia no son contraindicaciones para las TST
	VIH positivo	Administrar TST. Mayor riesgo de enfermedad de tuberculosis
	Viajes prolongados a regiones endémicas de TB	Administrar TST. Mayor riesgo de enfermedad de tuberculosis
Contraindicación	Reacción adversa grave previa a la tuberculina o a alguno de sus componentes	No administrar TST. Aconseje al paciente que consulte a su médico primario para un análisis de sangre de TB (p. ej. QuantiFERON, T-Spot).
	Prueba de sangre de TST o TB positiva previa documentada (p. ej., IGRA, QuantiFERON)	No administrar TST. Las pruebas repetidas no arrojan información significativa. Referir al médico primario.
	Un historial documentado de enfermedad de TB activa previa o infección de TB latente	No administrar TST. Las pruebas repetidas no arrojan información significativa. Referir al médico primario.
Precaución	Inmunización con una vacuna de virus vivo en las últimas 4 semanas	Diferir la TST hasta 4 semanas después de la inmunización con la vacuna de virus vivos.

Comentarios:

20111 CEDAR ROAD NORTH
SONORA, CA 95370
(209) 533-7401

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS CUTÁNEAS DE TUBERCULINA (TST) Y POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

La prueba cutánea de la tuberculina (TST, también conocida como PPD, por sus siglas en inglés) se realiza para determinar si las personas se han infectado con tuberculosis (TB), ya sea recientemente o en algún momento anterior de su vida. Esta prueba no indica si una persona está enferma de TB, sino que solo indica si se ha ocurrido una infección de TB.

La solución de la TST se realiza de tal manera que una persona no puede contraer TB a partir de la prueba. La prueba hace que una persona que ha sido infectada por el germen de la TB tenga una reacción. Las personas que nunca han sido infectadas por el germen de la TB no tienen una reacción.

Para recibir la prueba, se inyecta una pequeña cantidad de la solución TST justo debajo de la piel en la parte inferior del antebrazo. Es imperativo regresar para que le evalúen la prueba 48-72 horas después. Una prueba positiva es aquella en la que aparece una protuberancia con una cresta dura alrededor en el lugar donde se colocó la TST. El tamaño de la reacción también se usa para determinar si la prueba es positiva.

Es muy poco probable que ocurra un efecto secundario de la prueba. Si tal evento ocurre, la reacción más común es local, como dolor o enrojecimiento en el sitio de prueba. En casos muy raros, una persona hipersensible a la solución podría tener una reacción alérgica más grave cerca del lugar de la inyección. Tales reacciones raras pueden incluir ampollas o una herida en la piel. Sin embargo, si ha tenido una reacción positiva a una prueba cutánea anterior de TB, no debe hacerse otra prueba.

A continuación: Favor de completar la información y firmar el formulario.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO TST

APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____

ALERGIAS _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD: _____

FIRMA _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

Indique si necesita un TST de 2 pasos. Sí No

En caso afirmativo, programe su segunda cita para un mínimo de 7 días después de que se lea su primera prueba.

**** NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA ****

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE TUOLUMNE

20111 CEDAR ROAD NORTH
SONORA, CA 95370
(209) 533-7401

Name: _____ DOB: _____

1-Step TST

2-Step TST

Step-1 TST Placement

Date Placed: _____ Time Placed: _____

Site: LFA RFA

Manufacturer: _____

Lot#: _____ Exp. date: _____

Administered by: _____ Title: _____

Step-2 TST Placement **N/A**

Date Placed: _____ Time Placed: _____

Site: LFA RFA

Manufacturer: _____

Lot#: _____ Exp. date: _____

Administered by: _____ Title: _____

Signature: _____

Step-1 TST results (Results must be read 48-72 hours from placement) If a second TST is needed, schedule 7 days after the first test is read

Date read: _____ Time read: _____

Induration: _____ mm

TST result: Negative Positive

Results read by (print name): _____ Title: _____

Signature: _____

Step-2 TST results **N/A**

Date read: _____ Time read: _____

Induration: _____ mm

TST result: Negative Positive

Results read by (print name): _____ Title: _____

Signature: _____