

**Paciente adulto establecido sin una prueba previa de tuberculosis o resultados negativos previos:
Evaluación periódica del riesgo de tuberculosis**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Numero de historia clínica: _____ Evaluación a realizar con EP rutina: _____

Revisión de los síntomas de la TB

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Tos >3 semanas
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Pérdida de peso inexplicable
- ☐ Fiebre crónica
- ☐ Sudores nocturnos intensos

Se necesita una radiografía de tórax INMEDIATA y una evaluación médica si la respuesta es SÍ a cualquiera de los síntomas anteriores.

Nuevos riesgos médicos de TB para la progresión de la enfermedad de TB

Desde la última vez que vio a su médico, ¿tiene un NUEVO diagnóstico de:

☐ VIH? ☐ diabetes? ☐ cáncer? ☐ insuficiencia renal?

O comenzó a tomar cualquiera de los siguientes medicamentos inmunosupresores:

☐ Prednisona ☐ Metotrexato ☐ Ciclosporina

☐ Quimioterapia para el cáncer

☐ Medicamentos para la artritis reumatoide o psoriásica/la enfermedad de Crohn por vía intravenosa

Nuevo riesgo de exposición a la tuberculosis

En los últimos 2 años... (Marque la casilla si se aplica a usted)

- ☐ ¿Ha tenido algún contacto con alguien con enfermedad conocida de tuberculosis pulmonar?
- ☐ ¿Ha pasado más de 2 semanas en Asia, África, América Latina o Europa del Este?
- ☐ ¿Ha estado en prisión o en la cárcel?
- ☐ ¿Ha estado sin hogar o vive en un hotel de ocupación de habitación individual?
- ☐ ¿Se ha inyectado drogas callejeras?
- ☐ ¿Ha trabajado con personas sin hogar, trabajadores migrantes o usuarios de drogas?
- ☐ ¿Ha trabajado como trabajador de la salud?

Se necesita una prueba de TB nueva o repetida (Mantoux o prueba de sangre) si la respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores

Obligatorio: Documenta la fecha del Mantoux, la visita de regreso y el resultado milimétrico en la historia clínica y la base de datos.

Persona que complete el formulario: _____ Fecha: _____