

**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: \_\_\_\_\_