

DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA
INFORME DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

A QUIÉN PUEDA INTERESAR: La persona anterior ha sido evaluada por: _____
(POR FAVOR ESCRIBA el nombre del departamento de salud, el centro o el médico)

Conclusiones de las pruebas de detección y/o pruebas de tuberculosis

I. No se han identificado síntomas ni otros riesgos en la evaluación del riesgo de TB

- ☐ Una prueba de tuberculina en la piel (TST) o un análisis de sangre (IGRA) no está indicado en este momento debido a la ausencia de síntomas que sugieran TB activa, no se han identificado factores de riesgo de infección o de desarrollar TB activa si está infectado, y no se tiene contacto reciente con TB activa.
- ☐ La persona tiene antecedentes de infección por tuberculosis. La radiografía de seguimiento de tórax no está indicada en este momento debido a la ausencia de síntomas sugestivos a TB activa.

Si ninguno de los dos aplica, pase a la sección II.

Si se encuentra en un entorno de atención del cuidado de la salud que *requiere* una prueba de infección por TB pero no hay síntomas, vaya a la sección III.

Si se aplica una de estas dos declaraciones, seleccione la declaración adecuada, pase a la Sección V y seleccione la declaración "A".

II. Hay síntomas compatibles con una posible tuberculosis

Llame al [departamento de salud local](#) para remitir a la persona para una evaluación adicional de TB de inmediato. Esta notificación es necesaria incluso cuando la persona prefiere realizar una evaluación en privado. Continúe con la Sección V y seleccione la declaración "B".

Si no hay síntomas compatibles con TB, pase a la Sección III.

III. Prueba de infección por TB: elija TST o IGRA

Prueba de tuberculina en la piel (TST): (registre ambas pruebas si una TST de 2 pasos fue requerida)			
Fecha indicada: _____	Fecha de lectura: _____	Resultados: _____ mm	Interpretación: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
Fecha indicada: _____	Fecha de lectura: _____	Resultados: _____ mm	Interpretación: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
Ensayo de liberación de interferón gamma (análisis de sangre para infección de TB):			
Fecha de extracción: _____	Prueba realizada: <input type="checkbox"/> T-Spot de TB: <input type="checkbox"/> Quantiferon TB Gold Plus		
Resultado: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> indeterminado <input type="checkbox"/> en el límite <input type="checkbox"/> inválido			

Si la prueba anterior es negativa, continúe con la Sección V y seleccione la declaración "A". Si cualquiera de las pruebas de infección por TB es positiva, continúe con la Sección IV,

IV. Radiografía de tórax para evaluar la posible enfermedad por TB

Fecha de la radiografía de tórax: Ubicación de la radiografía de tórax:
Interpretación:
<input type="checkbox"/> sin evidencia de tuberculosis activa
<input type="checkbox"/> radiografía de tórax anormal, tuberculosis activa a descartar

V. Conclusión de la prueba de detección/examen de TB

- ☐ A. Según la prueba de detección de TB y/o las pruebas adicionales, la persona mencionada anteriormente está libre de tuberculosis en forma contagiosa.
- ☐ B. No se puede descartar tuberculosis activa en la persona mencionada anteriormente. La persona ha sido remitida a su médico y al departamento de salud local para una evaluación adicional.

Firma _____ Fecha _____ Teléfono _____

(Médico con autoridad prescriptiva o funcionario del departamento de salud)

Dirección _____