

Virginia Department of Health
CONTACT REGISTRATION FORM
(PLEASE PRINT)

Referrals: _____

Pregnant? Y N

Action Taken: _____

Today's Date: _____ **Site:** _____

CLIENT SECTION

Last _____ First _____ Middle _____
Birth Date _____ SSN _____
Home Address _____ Apt # _____
City, State, Zip _____
Phone: (_____) _____ Cell Phone: (_____) _____
Race _____ Sex _____ Marital status _____ Physician/Provider: _____
Country of Origin: _____ Provider #: (_____) _____
Parent/Guardian: _____ Other #: (_____) _____

Health Dept. Use Only

Web Vision ID#: _____

Health Department Use Only City/County of Residence: _____

Contact Association

Other _____

Prior Mantoux TST? ___ Yes ___ No

If yes, Date: _____ Induration: _____ mm

Location where TST was done: _____

Prior Tx: ___ No ___ Yes → ___ Disease ___ LTBI

Meds Taken: _____

TB Symptoms (Check all that apply)

___ None
___ Cough ≥ 3 weeks
___ Productive
___ Hemoptysis
___ Fever, unexplained
___ Unexplained weight loss
___ Poor appetite
___ Night Sweats
___ Fatigue

→ These items should be
evaluated in context.

TST #1 Arm: ___ Left ___ Right

Date Given: _____ Time: _____

Date Read: _____ Time: _____

Result: _____ mm ___ Positive ___ Negative

Signature: _____ POS# _____

Additional Individual Risk for Infection (Check all that apply)

___ Lived - High Prevalence Country
___ List Country: _____
___ Resident/Employee of a congregate setting
___ Medically underserved
___ Uses illegal drugs
___ Homeless within the last 2 years
___ Past known contact; Where/When: _____

TST #2 Arm: ___ Left ___ Right

Date Given: _____ Time: _____

Date Read: _____ Time: _____

Result: _____ mm ___ Positive ___ Negative

Signature: _____ POS# _____

Individual Risk for Progression to Disease (Check all that apply)

___ HIV infection
___ Medical conditions that increase risk: (diabetes, ESRD, Cancer, 10% below ideal weight, etc.)
___ History of inadequate TB treatment
___ Immunosuppressive therapy: (steroids, cancer treatment, include treatment for Rheumatoid Arthritis such as Remicade, Humira, etc.)

IGRA #1 Type: ___ QFT-G-IT ___ T-Spot

Date drawn: _____

Result: ___ Pos ___ Neg ___ Borderline/Indeterminate

Signature: _____ POS# _____

Allergies: _____

IGRA #2 Type: ___ QFT-G-IT ___ T-Spot

Date drawn: _____

Result: ___ Pos ___ Neg ___ Borderline/Indeterminate

Signature: _____ POS# _____

Notes: _____

I hereby authorize the doctors, nurses, or nurse practitioners of the Virginia Department of Health to administer the Tuberculin Skin Test (TST) or draw blood for an Interferon Gamma Release Assay (IGRA) test from me or my child named above.

I agree that the results of this test may be shared with other health care providers.

The Deemed Consent for blood borne diseases has been explained to me and I understand it.

I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices from the Virginia Department of Health.

I understand that:

- this information will be used by health care providers for care and for statistical purposes only.
- this information will be kept confidential.
- medical records must be kept at a minimum for 10 years after my last visit, 5 years after death; for minor children, 5 years after the age of 18, or 10 years after the last visit, whichever is greater.

X _____ Date: _____

वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग (Virginia Department of Health)- ट्यूबरकुलिनत्वचा परीक्षण (Tuberculin Skin Test) केलिए सहमित

Virginia Department of Health - Consent for Administration of the Tuberculin Skin Test-Hindi

मैं वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग डॉक्टरों, नर्सों या नर्स प्रैक्टिशनर्स को ट्यूबरकुलिनत्वचा परीक्षण (TST) करने या मुझे या ऊपर बताए गए मेरे बच्चे से इंटरफेरॉन गामा रिलीज़ एसे (Gamma Release Assay, IGRA) परीक्षण के लिए रक्त लेने के लिए अधिकृत करता(ती) हूँ।

मैं इस बात से सहमत हूँ कि इस परीक्षण के परिणाम अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ साझा किए जा सकते हैं।

मुझे रक्त जनित रोगों के लिए मान्य सहमति के बारे में समझाया गया है और मैं इसे समझता(ती) हूँ।

मैं यह स्वीकार करता(ती) हूँ कि मुझे वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग से गोपनीयता प्रथाओं की सूचना प्राप्त हुई है।

मैं यह समझता(ती) हूँ कि:

- इस जानकारी का उपयोग स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा केवल देखभाल और सांख्यिकीय उद्देश्यों के लिए किया जाएगा।
- यह जानकारी गोपनीय रखी जाएगी।
- चिकित्सा रिकॉर्ड मेरी अंतिम मुलाकात के बाद कम से कम 10 वर्षों तक, मृत्यु के बाद 5 वर्षों तक; नाबालिग बच्चों के लिए, 18 वर्ष की आयु के बाद 5 वर्ष तक, या अंतिम मुलाकात के बाद 10 वर्ष तक, जो भी अधिक हो, रखे जाने ज़रूरी हैं।

हस्ताक्षर _____ तिथि: _____