

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: _____

وزارة الصحة في ولاية فرجينيا – نموذج الموافقة على إجراء اختبار الجلد للسلّ

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

أقرّ بموجبه بتفويضني للأطباء أو الممرضين أو الممارسين المتخصصين التابعين لوزارة الصحة في ولاية فرجينيا بإجراء اختبار الجلد للسلّ (TST) أو سحب عينة دم لإجراء اختبار إفراز إنترفيرون غاما (IGRA) لي أو لابني/ابنتي المذكور اسمه أعلاه.

وأوافق على أنه يجوز مشاركة نتائج الاختبار مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين،

لقد شرحت لي الموافقة المفترضة للأمراض المنقولة بالدم وأفهم ذلك.

أقر بأنني قد تلقيت إشعار الممارسات المتعلقة بالخصوصية الوارد من وزارة الصحة في ولاية فرجينيا.

أفهم وأدرك الآتي:

- سيستخدم مقدمو الرعاية الصحية هذه المعلومات لتقديم الرعاية أو لأغراض إحصائية فقط.
- ستظل هذه المعلومات سرية.
- يجب الاحتفاظ بالسجلات الطبية لمدة لا تقل عن 10 سنوات بعد آخر زيارة لي، أو 5 سنوات بعد الوفاة؛ وبالنسبة للأبناء القُصّر، فإنه يجب الاحتفاظ بالسجلات لمدة 5 سنوات بعد بلوغ الابن سن 18 عامًا أو 10 سنوات بعد آخر زيارة، أيهما أطول.

التوقيع _____ التاريخ: _____