

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: _____

Департамент охорони здоров'я штату Вірджинія — Згода на проведення туберкулінової шкірної проби

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

Цим я уповноважую лікарів, медсестер або практикуючих медсестер Департаменту охорони здоров'я штату Вірджинія провести туберкулінову шкірну пробу (ТШП) або взяти кров для тесту на вивільнення інтерферону гамма (IGRA) у мене або моєї дитини, зазначеної вище.

Я погоджуюся, що результати цього тесту можуть бути передані іншим медичним працівникам.

Мені пояснили положення про передбачену законом згоду щодо захворювань, що передаються через кров, і я це розумію.

Я підтверджую, що отримав(ла) Повідомлення про політику конфіденційності від Департаменту охорони здоров'я штату Вірджинія.

Я розумію, що:

- цю інформацію медичні працівники використовуватимуть виключно для надання медичної допомоги та статистичних цілей.
- ця інформація зберігатиметься конфіденційно.
- медичні записи мають зберігатися щонайменше 10 років після мого останнього візиту або 5 років після смерті; для неповнолітніх дітей — 5 років після досягнення 18-річного віку або 10 років після останнього візиту (залежно від того, який строк є довшим).

Підпис _____ Дата: _____