

Evaluación de riesgo de tuberculosis para prueba positiva de tuberculina

Parte I: el personal de atención médica la debe completar anualmente y después de la exposición a la tuberculosis, cuando haya un resultado positivo de la prueba de tuberculina, un diagnóstico de infección tuberculosa latente o tuberculosis.

Nombre del empleado: _____

N.º de identificación del empleado: _____

Fecha de la última prueba de tuberculosis: _____ Tipo: _ QFT; _ T-Spot; _ PPD;
Resultado: __Positivo; __Negativo

Fecha de la última radiografía de tórax: _____ Resultado: __Positivo; __Negativo

1. Desde la última evaluación, ¿le han diagnosticado tuberculosis (tuberculosis activa)?
 No Sí
2. ¿Le han diagnosticado infección tuberculosa latente (LTBI)?
 No Sí
3. ¿Ha recibido medicamentos para la tuberculosis como tratamiento para la infección tuberculosa latente o la tuberculosis?
 No Sí, indique los medicamentos, las fechas del tratamiento y si este se completó.
Medicamento 1 para la tuberculosis: _____ Fecha(s): _____ Completado: Sí No
Medicamento 2 para la tuberculosis: _____ Fecha(s): _____ Completado: Sí No
Medicamento 3 para la tuberculosis: _____ Fecha(s): _____ Completado: Sí No
4. ¿Está su sistema inmunitario debilitado por algún motivo, incluidos un trasplante de órgano, infección por VIH, diabetes mal controlada, tratamiento con inmunosupresores (por ej., antagonistas del factor de necrosis tumoral [TNF] alfa [infiximab, etanercept], esteroides crónicos [prednisona >15 mg/día durante >1 mes])?
 No Sí, uno o más de estos puntos son verdaderos en mi caso
5. Desde la última evaluación ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas que pueden ser síntomas de tuberculosis?
 - a. Tos durante 3 o más semanas No Sí
 - b. Tos con sangre No Sí
 - c. Dificultad persistente para respirar No Sí
 - d. Fiebre, escalofríos o sudoración nocturna sin explicación No Sí
 - e. Pérdida de peso sin explicación No Sí
 - f. Sensación de cansancio y debilidad durante 3 o más semanas sin ningún motivo conocido No Sí
 - g. Dolor de pecho sin ningún motivo conocido No Sí

Si la respuesta es afirmativa, descríbala:

Si la respuesta fue afirmativa y actualmente tiene alguno de los síntomas que se indican arriba, envíe esta evaluación y notifique de inmediato a Servicios Médicos para Empleados y a su proveedor de atención médica. Si no sabe cómo comunicarse con Servicios Médicos para Empleados, pregunte a su supervisor.

IMPORTANTE: Si no tiene síntomas de tuberculosis activa, si la prueba cutánea o de sangre de tuberculina indican exposición a la tuberculosis e infección tuberculosa latente (LTBI), se recomienda el tratamiento porque reduce el riesgo futuro de tener tuberculosis activa. Lea “VNS Health TB Infection”, disponible en el sitio de Servicios Médicos para Empleados, o solicítelo a un supervisor.

Marque los siguientes casilleros para completar su evaluación anual de riesgo de tuberculosis:

- Certifico que, si alguna vez tengo síntomas de tos durante más de 3 semanas, fiebre o fatiga sin explicación durante más de 3 semanas, expectoración con sangre, sudoración nocturna o pérdida de peso sin explicación, notificaré de inmediato a mi proveedor de atención primaria y a mi supervisor o a Servicios Médicos para Empleados.
- Certifico que he recibido la información y comprendo que tengo a mi disposición el tratamiento recomendado para la infección tuberculosa latente.
 - Anteriormente he completado el tratamiento el _____
 - En este momento no haré el tratamiento para la infección tuberculosa latente que me han recomendado.
 - Me comunicaré con mi proveedor o el Tuberculosis Chest Center para hacer el tratamiento.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Parte II: el personal de enfermería de Servicios Médicos para Empleados deberá completar esta parte después de revisar la Parte I.

1. ¿El personal de atención médica (HCP) tiene síntomas de tuberculosis activa?
 - Sin síntomas de tuberculosis activa
 - Sí, el HCP tiene síntomas confirmados; la evaluación y el certificado médicos están pendientes.

Notas: _____

2. ¿El HCP tiene infección tuberculosa latente (prueba positiva de tuberculina Y radiografía de tórax negativa)?

No, explique: _____

Sí, seleccione todas las opciones que correspondan

Tratamiento completado para la LTBI (verificar las respuestas en la pregunta 3)

Tratamiento recomendado para la LTBI; se habló sobre los riesgos y beneficios

El HCP rechazó o pospuso el tratamiento para la LTBI.

El HCP aceptó el tratamiento para la LTBI. Se analizaron la evaluación médica y las opciones de tratamiento.

Otro:

Notas adicionales:

**Firma del personal de enfermería
registrado (RN) de Servicios**

Médicos para Empleados:

Fecha:
