

Avaliação de risco de tuberculose (TB)
Tuberculosis (TB) Risk Assessment
 Campus Health Center

INTERNAL USE ONLY
 ELI OISS SA
 Insurance:

ESCREVA EM INGLÊS

Name: _____ Today's Date: ____/____/____

LAST

FIRST

MONTH

DATE

YEAR

Birth Date: ____/____/____ Birth Country: _____
MONTH DATE YEAR

Phone: (____) _____ - _____ WSU Email: _____@wayne.edu

(2 letters and 4 numbers ex: ab1234@wayne.edu)

Wayne State ID# _____ Contact By: Phone Email

Sim Yes	Não No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já apresentou uma prova tuberculínica cutânea com resultado positivo? Em caso positivo, você recebeu tratamento medicamentoso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Por quanto tempo? _____ Have you ever had a positive TB skin test? If yes, were you treated with medication? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes How long? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já tomou a vacina BCG (vacina contra TB)? Em caso positivo, quando? _____ Have you ever been vaccinated with BCG (TB vaccine)? If yes, when? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já apresentou qualquer um dos sintomas a seguir? <i>(assinale todas as alternativas aplicáveis)</i> Have you had any of these symptoms? (check all that apply) <input type="checkbox"/> Tosse por mais de três semanas Cough for longer than 3 weeks <input type="checkbox"/> Febre crônica Chronic fever <input type="checkbox"/> Tosse com sangue ou sangue no escarro Coughing up blood or blood in sputum <input type="checkbox"/> Suores noturnos por mais de três semanas Night sweats for longer than 3 weeks <input type="checkbox"/> Perda de peso injustificada Unexplained weight loss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recentemente, você teve contato próximo com algum portador de TB infecciosa (familiar, colega de trabalho, colega de quarto etc.)? Have you had recent close contact with someone with infectious TB disease (family member, co-worker, roommate, etc.)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já morou com alguém que apresentou resultado positivo para prova tuberculínica cutânea? Have you ever lived with someone who has had a positive PPD test?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já obteve um raio-X do tórax com resultado anormal? Have you ever had an abnormal chest x-ray?

Avaliação de risco de tuberculose (TB)

Tuberculosis (TB) Risk Assessment

Campus Health Center

Sim Yes	Não No																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já obteve resultado positivo para HIV ou AIDS? Have you tested positive for HIV or AIDS?																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já se submeteu a um transplante de órgãos e/ou de medula óssea? Have you ever had an organ and/or bone marrow transplant?																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já tomou medicamentos que afetam seu sistema imunológico? Have you ever taken medications that affect your immune system?																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você passou 30 dias consecutivos, ou mais, em um país que não seja os Estados Unidos? Se sim, onde e quando? País: _____ Ano: _____ Have you spent 30 or more consecutive days in a country other than the United States? If yes, where and when? Country: _____ Year: _____																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Você reside ou trabalha em um dos ambientes a seguir: <i>(assinale todas as alternativas aplicáveis)</i></p> <p>Do you live or work in any of the following settings: <i>(check all that apply)</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> Estabelecimento correcional (penitenciária)</td> <td>Correctional facility (prison)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Clínica de cuidados prolongados</td> <td>Long term facility</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Residência para portadores de HIV/AIDS</td> <td>HIV/AIDS residence</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hospital</td> <td>Hospital</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abrigo para moradores de rua</td> <td>Homeless shelter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casa de repouso</td> <td>Nursing home</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laboratório (especifique o tipo): _____</td> <td>Laboratory (specify type)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outra instituição de saúde</td> <td>Other health care facility</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Estabelecimento correcional (penitenciária)	Correctional facility (prison)	<input type="checkbox"/> Clínica de cuidados prolongados	Long term facility	<input type="checkbox"/> Residência para portadores de HIV/AIDS	HIV/AIDS residence	<input type="checkbox"/> Hospital	Hospital	<input type="checkbox"/> Abrigo para moradores de rua	Homeless shelter	<input type="checkbox"/> Casa de repouso	Nursing home	<input type="checkbox"/> Laboratório (especifique o tipo): _____	Laboratory (specify type)	<input type="checkbox"/> Outra instituição de saúde	Other health care facility
<input type="checkbox"/> Estabelecimento correcional (penitenciária)	Correctional facility (prison)																	
<input type="checkbox"/> Clínica de cuidados prolongados	Long term facility																	
<input type="checkbox"/> Residência para portadores de HIV/AIDS	HIV/AIDS residence																	
<input type="checkbox"/> Hospital	Hospital																	
<input type="checkbox"/> Abrigo para moradores de rua	Homeless shelter																	
<input type="checkbox"/> Casa de repouso	Nursing home																	
<input type="checkbox"/> Laboratório (especifique o tipo): _____	Laboratory (specify type)																	
<input type="checkbox"/> Outra instituição de saúde	Other health care facility																	

<input type="checkbox"/> WAIVED DATE:	IGRA <input type="checkbox"/> T-Spot DATE: TIME: <input type="checkbox"/> DMC	Chest X-Ray <input type="checkbox"/> Referral DATE:
--	---	---

Responsible Provider Initials: _____