

**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](mailto: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? _____ <b>Have you ever had a positive TB skin test? If yes, were you treated with medication?</b> <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? _____ <b>Have you ever been vaccinated with BCG (TB vaccine)? If yes, when?</b> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já apresentou qualquer um dos sintomas a seguir? <i>(assinale todas as alternativas aplicáveis)</i> <b>Have you had any of these symptoms? (check all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Tosse por mais de três semanas <span style="float: right;">Cough for longer than 3 weeks</span> <input type="checkbox"/> Febre crônica <span style="float: right;">Chronic fever</span> <input type="checkbox"/> Tosse com sangue ou sangue no escarro <span style="float: right;">Coughing up blood or blood in sputum</span> <input type="checkbox"/> Suores noturnos por mais de três semanas <span style="float: right;">Night sweats for longer than 3 weeks</span> <input type="checkbox"/> Perda de peso injustificada <span style="float: right;">Unexplained weight loss</span>
<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.)? <b>Have you had recent close contact with someone with infectious TB disease (family member, co-worker, roommate, etc.)?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já morou com alguém que apresentou resultado positivo para prova tuberculínica cutânea? <b>Have you ever lived with someone who has had a positive PPD test?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já obteve um raio-X do tórax com resultado anormal? <b>Have you ever had an abnormal chest x-ray?</b>

## 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? <b>Have you tested positive for HIV or AIDS?</b>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já se submeteu a um transplante de órgãos e/ou de medula óssea? <b>Have you ever had an organ and/or bone marrow transplant?</b>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já tomou medicamentos que afetam seu sistema imunológico? <b>Have you ever taken medications that affect your immune system?</b>																
<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: _____ <b>Have you spent 30 or more consecutive days in a country other than the United States?</b> <b>If yes, where and when? Country: _____ Year: _____</b>																
<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><b>Do you live or work in any of the following settings: <i>(check all that apply)</i></b></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: \_\_\_\_\_