



Reporte de Caso y Servicios al Cliente Programa Binacional de Tuberculosis

Prueba de tuberculosis:

TST/IGRA positiva previamente documentada ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Tratamiento previo de infección latente ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Tratamiento completado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Tipo: ☐ Prueba de tuberculina (TST) Fecha colocada: _____ Fecha leída: _____ mm

☐ QFT ☐ T-SPOT ☐ Se desconoce tipo

Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No leída ☐ Indeterminado ☐ No realizado ☐ Se desconoce

Clasificación de la Sociedad Torácica Americana:

☐ 0 Sin exposición a *M. TB*, no infectado de TB

☐ 2 Infección de *M. TB*, sin enfermedad

☐ 1 Exposición a *M. TB*, sin evidencia de infección de TB

☐ 4 *M. TB*, actualmente sin enfermedad

Tratamiento y resultados de infección latente (si aplica):

Fecha de radiografía normal: _____

Tratamiento directamente observado: ☐ Sí, en persona ☐ Electrónico (VDOT) ☐ No, autoadministrado

Lugar de tratamiento observado (si aplica): ☐ Clínica o facilidad médica ☐ Campo

Frecuencia: ☐ Diario ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces a la semana

Tipo de tratamiento: ☐ Profilaxis de ventana ☐ Infección latente

Fecha de inicio del régimen: _____ Fecha de terminación: _____ Peso: _____ lbs Estatura: _____ pies

Fecha de reinicio del régimen: _____ Fecha de terminación: _____ Peso: _____ lbs Estatura: _____ pies

☐ Isoniacida _____ mgs ☐ Rifapentina _____ mgs ☐ Rifampicina _____ mgs ☐ B6 _____ mgs ☐ Otro: _____ mgs

Recetado por: _____ meses Reposiciones máximas autorizadas: _____

Cierre:

Fecha: _____ Meses en tratamiento: _____ Meses recomendados: _____

☐ Completo tratamiento adecuado

☐ Pérdida de seguimiento

☐ Decisión del paciente

☐ Embarazo

☐ No es infección de TB (decisión clínica)

☐ Desarrolló enfermedad de TB

☐ Evento adverso al tratamiento (☐ Hospitalizado ☐ Murió) ☐ Otro: _____

Comentarios:

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____