**Formulário de Avaliação de Risco de TB da SPS**

Nome da criança\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

**Crianças com qualquer um dos seguintes fatores de risco são candidatas ao teste de TB, a menos que haja documentação escrita de um teste de TB positivo anterior (TST ou IGRA).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avaliação de risco de TB** | **Sim** | **Não** |
| A criança nasceu na África, Ásia (exceto Japão), América Central, América do Sul, México, Europa Oriental, Caribe ou Oriente Médio?  Em qual país a criança nasceu? | **☐** | **☐** |
| A criança conviveu ou passou algum tempo com alguém que adoeceu com TB? | **☐** | **☐** |
| A criança tem algum histórico de doença imunossupressora ou toma medicamentos que possam causar imunossupressão? | **☐** | **☐** |

Se um teste for necessário, um teste tuberculínico de Mantoux (TST) ou um ensaio de liberação de interferon-gama (IGRA) é aceitável. (Observe: o teste IGRA não é indicado para crianças menores de 5 anos). Os resultados devem ser compartilhados com a enfermeira da escola.

Assinatura dos Pais Data

Assinatura do Centro de Matrícula Data

Observe: Se seu/sua filho(a) teve um teste de TB positivo no passado, ele(a) NÃO precisa ser testado novamente, mas o registro será necessário.