



PROJECTO IGRA

Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose Formulário para Requisição de Teste IGRA

DADOS DO UTENTE

Nome _____ Data de Nascimento ____/____/____

Sexo Masculino Feminino País de Origem _____

Residência: Concelho _____ Freguesia _____

BCG Sim Não Desconhecido

VIH positivo Sim Não Desconhecido

Outro estado de imunodepressão? Sim Qual _____

Teste tuberculínico actual (menos de 6 meses) Sim [][] (mm) Não

CONTEXTO / MOTIVAÇÃO PARA O PEDIDO DO TESTE

- Rastreio de contactos próximos ⁽¹⁾
- Rastreio de contactos casuais ⁽²⁾
- Candidatos a tratamento imunossupressor
- Controlo de surto epidémico (Discrimine _____)
- Vigilância de populações de risco: Prof. Saúde Outra _____
- Outro _____

ENTIDADE REQUISITANTE (dados indispensáveis para o envio do resultado)

Serviço/Hospital _____

Médico _____ Telf [][][][][][][][][][]

Endereço _____

CP [][][][]-[][][] _____

Data de Requisição ____/____/____ Assinatura: _____

Colheita do sangue

A preencher pelo posto de colheita

Caso a colheita não seja feita no laboratório que executa o teste IGRA, por favor indicar:

Incubado a 37°C 16-24h

não incubado

RESULTADO DO TESTE (QUANTIFERON®-TB Gold)

Positivo (TBAg-NIL= ____,__ IU/mL) Negativo Indeterminado

Laboratório _____

Responsável _____

O laboratório deve devolver uma cópia deste formulário com o resultado do IGRA para a DGS ao cuidado de:

Teresa Leal e-mail: teresaleal@dgs.pt fax: 21 8430744

Endereço: Secretariado do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, n.º 45, 1049-005 Lisboa

(1) -Pessoas que vivem na mesma casa ou em condições similares ou em contacto persistente ou recorrente com um caso de TB infecciosa em espaço confinado e por um período acumulado de pelo menos oito ou mais horas

(2) - Pessoas em contacto esporádico com um caso de TB infecciosa ou em condições de menor proximidade e duração inferior às referidas em (1)