

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom :	<b>Nom du clinicien :</b>
Hôpital/service	Hôpital/service
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Télocopie	Télocopie
<b>Signature</b>	



**Important :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom :  Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :   
**Code d'anonymat :**                       
(A établir par la DDASS) **Date de la notification :**

**Code d'anonymat :**                       
(A établir par la DDASS) **Date de la notification :**      
 Sexe :  M  F Année de naissance :       Code postal du domicile du patient :

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques :

Date d'hospitalisation (jj/mm/aaaa) :

Pneumopathie confirmée radiologiquement :  Oui  Non

Evolution :  Guérison  Encore malade  Décès

Si décès, date :

Légionellose
<b>Critères de notification : Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :</b> <b>Cas confirmé :</b> 1. <b>isolement</b> de <i>Legionella spp.</i> 2. <b>augmentation du titre d'anticorps</b> (x4) avec un 2 <sup>ème</sup> titre minimum de 128 3. <b>immunofluorescence directe</b> positive 4. présence <b>d'antigène soluble urinaire</b> <b>Cas probable :</b> 5. <b>titre d'anticorps élevé</b> ( $\geq 256$ )

**Confirmation du diagnostic :**

	Pos	Neg	Non effectué	Sérologie	
				1 <sup>er</sup> prélèvement	2 <sup>ème</sup> prélèvement
Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Immunofluorescence directe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titre 1 : .....	Titre 2 : .....
Antigène soluble urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non effectué	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non effectué

**Espèce/sérogroupe :**  *L. pneumophila* sérogroupe 1  Autre espèce (préciser) : .....  
 *L. pneumophila* autre sérogroupe (préciser) : .....  En cours

**Facteurs favorisants :**

Hémopathie ou cancer  Corticothérapie  Autres immunosuppresseurs  
 Tabagisme  Diabète  Autres, préciser : .....

**Exposition à risque (dans les 10 jours précédant les premiers signes de légionellose)**

	Oui	Non	Période	Hôpital
<b>Hôpital</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....
<b>Station thermale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Service .....
<b>Maison de retraite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lieu : .....

**Indiquer précisément les lieux (ville, pays) et types d'hébergements (adresse)**  
(si besoin, détails sur une feuille jointe)

**Hôtel, camping, voyage**   du

**Piscine, jacuzzi....**   Précisez : .....

**Lieu de travail**   Précisez (lieu, profession, secteur d'activités) .....

**Autre exposition**   Précisez : .....

N.B. Si une enquête environnementale a eu lieu, merci de joindre une copie du rapport à cette fiche de notification

**Notion de cas groupés (cas liés aux mêmes lieux d'exposition dans les 6 derniers mois)**

Oui  Non, si oui, préciser : .....

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>	<b>DDASS : signature et tampon</b>
Nom :	<b>Nom du clinicien :</b>	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
<b>Signature</b>		