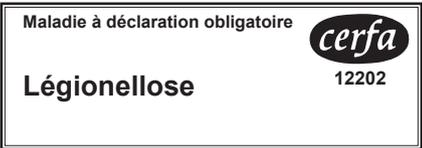


République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____
---	--



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

Initiale du nom : _____ Prénom : Sexe : M F Date de naissance : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Sexe : M F Année de naissance : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Signes cliniques :

Date des 1^{ers} signes cliniques : _____

Date d'hospitalisation : _____

Signes cliniques évocateurs de pneumopathie : oui non

Pneumopathie confirmée radiologiquement : oui non

Evolution : guérison encore malade décès

Si décès, date : _____

Légionellose

Critères de notification : pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

Cas confirmé :

1. **isolement** de *Legionella spp.*
2. **augmentation du titre d'anticorps** (x4) avec un 2^e titre minimum de 128
3. **présence d'antigène soluble urinaire**

Cas probable :

4. **titre d'anticorps élevé** (≥256)
5. **PCR positive**

Confirmation du diagnostic :

	Pos	Nég	Non effectué	En cours
Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigène soluble urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sérologie

	1 ^{er} prélèvement	2 ^e prélèvement
Date :	_____	_____
Titre 1 :	Titre 2 :

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) : **indiquer précisément les lieux d'exposition, types d'hébergements (ville, pays) et adresse** (si nécessaire, détails sur une feuille jointe)

	Oui	Non		Période	Etablissement :
Hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____	au _____	Service :
Maison de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____	au _____	Ville :
					Préciser :
Station thermale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____	au _____
Hôtel, camping, voyage...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____	au _____
Piscine, jacuzzi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____	au _____
Autre exposition (loisirs, professionnelle...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____	au _____

Notion de cas groupés (cas liés aux mêmes lieux d'exposition) :

oui non Si oui, préciser :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	ARS (signature et tampon) _____ _____ _____
---	--	---