



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

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

Date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Pneumopathie confirmée radiologiquement : Oui  Non

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic :**

	Positif	Négatif	Non effectué
Culture :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunofluorescence directe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigène soluble urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sérologie :**

1 <sup>er</sup> prélèvement	2 <sup>ème</sup> prélèvement
Date : _____	Date : _____
Titre 1 : _____	Titre 2 : _____
<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 la légionellose)**

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

Indiquez précisément les lieux (ville, pays) et type d'hébergements (adresse). Si besoin, détails sur une feuille jointe.

Hôtel, camping, voyage :   du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Piscine, jacuzzi... :   Préciser : \_\_\_\_\_

lieu de travail :   Préciser (lieu, profession, secteur d'activités) : \_\_\_\_\_

Autre exposition :   Préciser : \_\_\_\_\_

N.B. Si une enquête environnementale a eu lieu, merci de joindre un 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 : \_\_\_\_\_