République française

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

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa N° 12202*02

Légionellose

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 : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

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

Signes cliniques :

Date des 1ers 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 : <u>pneumopathie</u> associée **à au moins un des résultats suivants :**

Cas confirmé :

1. **isolement** de *Legionella spp.*
2. **augmentation du titre d'anticorps** (x4) avec un 2e 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	☐	☐	☐	☐
Antigène soluble urinaire	☐	☐	☐	
PCR	☐	☐	☐	

Sérologie

1er prélèvement	2e prélèvement
Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐	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 précisement les lieux d'exposition, types d'hébergements (ville, pays) et adresse** (si nécessaire, détails sur une feuille jointe)

	Oui	Non	Période			Etablissement : .....
Hôpital	☐	☐	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au	☐☐☐☐☐☐☐☐	Service : .....
Maison de retraite	☐	☐	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au	☐☐☐☐☐☐☐☐	Ville : .....
						Préciser :
Station thermale	☐	☐	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....
Hôtel, camping, voyage…	☐	☐	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....
Piscine, jacuzzi…	☐	☐	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....
Autre exposition (loisirs, professionnelle…)	☐	☐	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....

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

☐ oui ☐ non Si oui, préciser : .....

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