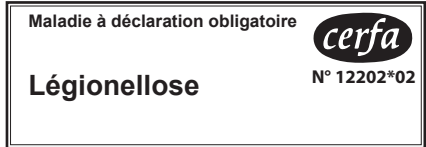


**République française**

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> 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<sup>ers</sup> 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<sup>e</sup> 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 <sup>er</sup> prélèvement	2 <sup>e</sup> 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 précisément les lieux d'exposition, types d'hébergements (ville, pays) et adresse** (si nécessaire, détails sur une feuille jointe)

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

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