

**LÉGIONELLOSE**

- Maladie à déclaration obligatoire (décret du 10 juin 1986, modifié en 1987)
- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)
- Centralisation des informations au Réseau National de Santé Publique

**Critères de déclaration :** **Pneumopathie** associée à **au moins un des résultats suivants :**

- Cas confirmé :*
1. **isolement** de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique
  2. **augmentation du titre d'anticorps** (x4) avec un 2<sup>ème</sup> titre minimum de 128
  3. **immunofluorescence directe** positive
  4. présence d'**antigène soluble urinaire**
- Cas possible :*
5. **titre d'anticorps élevé** ( $\geq 256$ )

**Caractéristiques du malade :**

Initiale du nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  M  F Date de naissance : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ ou Âge : \_\_\_\_\_  
 Code postal du domicile : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des premiers signes : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Pneumopathie confirmée radiologiquement :  Oui  Non  
 Évolution :  Guérison  Encore malade  Décès Si OUI, date du décès : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Confirmation du diagnostic :**

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

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:
Hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du /____/____/____/ au /____/____/____/	Service : _____
Station thermale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du /____/____/____/ au /____/____/____/	Lieu : _____

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

Voyage, hôtel, Camping,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du /____/____/____/ au /____/____/____/	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du /____/____/____/ au /____/____/____/	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du /____/____/____/ au /____/____/____/	_____
Piscine, jacuzzi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	préciser : _____	_____
Autre exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	préciser : _____	_____

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

Oui  Non, si oui, préciser :

**Médecin déclarant**

Date de déclaration : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Signature et tampon :

Semaine de déclaration sur Minitel |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 (partie à remplir par la DDASS) SS AA

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