|  |
| --- |
| **SURVEILLANCE DES LÉGIONELLOSES** |
| **Informations générales et patient** |
| Infirmier-ière HPCI :      N° tel :       | Médecin HPCI :       |
| Nom, prénom :       | Date de naissance :       |
| Date d’admission :       | Adresse :       |
| N° tel :       | N° tel proche :       |
| **Résultats de laboratoire** |
| **Légionellose certaine** | **Date du résultat :** |
| [ ]  Ag urinaire positif |
| [ ]  Culture positive |
| [ ]  PCR positive |
| **Facteurs de risque** |
| Voyage à l’étranger | [ ]  Non[ ]  Oui, précisez dates et lieu :       |
| Bains thermaux, jacuzzi | [ ]  Non[ ]  Oui, précisez dates et lieu :       |
| Hospitalisation dans un établissement de soins dans les 14 jours précédant l’apparition de la maladie (hôpital, clinique, CTR, EMS) | [ ]  Non[ ]  Oui, précisez :Nom de l’établissement :      Dates de séjour :       |
| Facteurs de risque | [ ]  tabac [ ]  diabète [ ]  cancer [ ]  immunosuppression |
| **Résumé du cas et diagnostic** |
|       |
| [ ]  Légionellose communautaire  |  [ ]  Légionellose nosocomiale |
|  [ ]  certaine [ ]  possible |
| Lieu d’acquisition (service) :       |
| **Investigation environnementale lors de légionellose nosocomiale** |
| Si légionellose nosocomiale possible ou certaine | Investigation entreprise :  |
| [ ]  Non |
| [ ]  Oui, précisez la date :       |
| **Déclaration  DGS** |
| L’infirmier-ère HPCI transmet par email une copie dans les 48 heures après le diagnostic, ce formulaire à l'OMC infectionsdeclarations@hin.ch |

**Définitions :** Période d’incubation : 2-10 jours

* **Légionellose nosocomiale certaine**= hospitalisation depuis > de 10 jours
* **Légionellose possible** = hospitalisation depuis >2 jours et < 10 jours et absence de symptôme à l'admission ou séjour antérieur dans les 10 derniers jours