|  |  |
| --- | --- |
| **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