



# Légionellose

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Diagnostic: Pneumonie à Legionella:  oui  non, autre: \_\_\_\_\_

Facteurs de risque:  tabagisme  immunosuppression  cancer/hémopathie  diabète  
 autre: \_\_\_\_\_  aucun  inconnu

Début de la manifestation: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Test rapide: antigène urinaire:  positif  négatif

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_  
prélèvement: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel: \_\_\_\_\_

### Evolution

Hospitalisation:  oui, date d'entrée: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non  inconnu

Etat:  décès, date du décès: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Exposition** veuillez indiquer par une croix les lieux dans lesquels la personne s'est rendue ou les installations auxquelles elle a été exposée dans les **14 jours** précédant le début de la maladie. Reportez ensuite le numéro entre parenthèses dans le tableau ci-dessous et donner les détails correspondants.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> lieu de travail (N° 1)                   | <input type="checkbox"/> maison de retraite (N° 6)     | <input type="checkbox"/> tour de refroidissement (N° 15)                              |
| <input type="checkbox"/> hôtel <sup>b</sup> (N° 2)                | <input type="checkbox"/> bains (N° 9)                  | <input type="checkbox"/> station de lavage de véhicules (N° 16)                       |
| <input type="checkbox"/> camping <sup>b</sup> (N° 3)              | <input type="checkbox"/> dentiste (N° 10)              | <input type="checkbox"/> système d'arrosage (N° 17)                                   |
| <input type="checkbox"/> résidence secondaire <sup>b</sup> (N° 4) | <input type="checkbox"/> humidificateur (N° 11)        | <input type="checkbox"/> travail sanitaire (N° 18)                                    |
| <input type="checkbox"/> hôpital:                                 | <input type="checkbox"/> inhalateur (N° 12)            | <input type="checkbox"/> mélange pour plantes en pot (N° 19)                          |
| <input type="checkbox"/> comme patient (N° 5a)                    | <input type="checkbox"/> fontaines décoratives (N° 14) | <input type="checkbox"/> autres (ex. douche dans un bâtiment scolaire) (N° 20): _____ |
| <input type="checkbox"/> comme visiteur (N° 5b)                   |  | <input type="checkbox"/> appareil CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (N° 21)  |
| <input type="checkbox"/> inconnue                                 |  |   |

N°	Date	Lieu /nom de l'établissement	Adresse exacte
	du: __/__/____ au: __/__/____	_____	Rue: _____ N°: _____ Localité: _____ Pays: _____
	du: __/__/____ au: __/__/____	_____	Rue: _____ N°: _____ Localité: _____ Pays: _____

Autres cas connus?  oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_  non  inconnu

**Médecin** nom, adresse, tél. ou timbre: \_\_\_\_\_

**Remarques**

Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> si le voyage comporte plusieurs étapes, veuillez donner le détail du parcours (lieu, hôtel, dates).