

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale della Prevenzione
Uff. V Malattie Infettive e Prof. Internazionale
via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
inviare a:
dgprev@postacert.sanita.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Registro Nazionale delle Legionellosi
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
inviare a:
Dip. MIPI: mipi@pec.iss.it
CNESPS: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda

Data

Ospedale Notificante _____

Cognome Nome del paziente _____

Data di nascita

Sesso M ☐ F ☐

Indirizzo di residenza _____

Data Insorgenza sintomi

Data Ricovero Ospedaliero

Data Dimissione

Esito: Miglioramento/Guarigione ☐

Decesso ☐ Non noto ☐

Diagnosi clinica

segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico SI ☐ NO ☐

esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare SI ☐ NO ☐

Diagnosi di laboratorio

Isolamento del germe SI ☐ NO ☐

Se sì, specificare da quale materiale biologico _____

specie e siero gruppo identificati _____

Sierologia SI NO

1° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

2° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

Rilevazione antigene urinario Pos ☐ Neg ☐ Non eseguita ☐ Data

Immunofluorescenza diretta Pos ☐ Neg ☐ Non eseguita ☐ Data

Biologia molecolare (PCR)
(metodo non ancora validato) Pos ☐ Neg ☐ Non eseguita ☐ Data

Fattori di rischio

Abitudine al fumo SI ☐ NO ☐ da quanto tempo _____ quantità

Abitudine all'alcool SI ☐ NO ☐ quantità _____

Malattie concomitanti SI ☐ NO ☐ Specificare _____

Trapianto d'organo SI ☐ NO ☐ Specificare _____

In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI ☐ NO ☐

Attività lavorativa

Mansione _____

Nome dell'azienda _____ Indirizzo _____

con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

con utilizzo della doccia SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

in luoghi con presenza di torri di raffreddamento SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Specificare il reparto e l'ultimo giorno di lavoro _____

Cure odontoiatriche nei 10 giorni precedenti l'esordio SI ☐ NO ☐

specificare ambulatorio/struttura e data _____

Ricovero Ospedaliero nei 10 giorni precedenti l'esordio SI ☐ NO ☐

Ospedale _____ Reparto _____

Periodo da

--	--	--

 a

--	--	--

Ricovero presso strutture sanitarie/socio-sanitarie SI ☐ NO ☐

Tipo di struttura _____ Nome _____

Comune _____ periodo: da

--	--	--

 a

--	--	--

Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione SI ☐ NO ☐

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, parchi acquatici, fiere espositive, ecc..) _____

Nome e indirizzo _____ n. stanza _____

Eventuale nome operatore turistico _____

In gruppo ☐ Individuale ☐ periodo: da

--	--	--

 a

--	--	--

Attività di giardinaggio, uso di autolavaggio, esposizione a nebulizzatori d'acqua, ecc.

SI ☐ NO ☐

specificare sito _____ e data: _____

Trattamenti e cure inalatorie (anche presso stabilimenti termali), aerosol, ossigenoterapia
SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Nome e indirizzo _____

Uso di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi/stabilimenti balneari o frequentazione di centri benessere e piscine, nei 10 giorni precedenti l'esordio SI ☐ NO ☐

Specificare tipo di struttura _____

Indagine Ambientale a cura del Dipartimento di Prevenzione SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare il luogo e il materiale analizzato _____

Se SI ☐ Positiva ☐ Negativa ☐

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo _____

Note _____

Generalità e recapito del medico compilatore

NomeCognome _____

Ospedale _____ Reparto _____

Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____

Data Compilazione

--	--	--