



Légionellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les
24h au médecin cantonal (pas
directement à l'OFSP).^a

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 ^b (N° 2) | <input type="checkbox"/> bains (N° 9) | <input type="checkbox"/> station de lavage de véhicules (N° 16) |
| <input type="checkbox"/> camping ^b (N° 3) | <input type="checkbox"/> dentiste (N° 10) | <input type="checkbox"/> système d'arrosage (N° 17) |
| <input type="checkbox"/> résidence secondaire ^b (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: ____/____/____

Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____ date: ____/____/____

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

^b si le voyage comporte plusieurs étapes, veuillez donner le détail du parcours (lieu, hôtel, dates).