

Paziente		Data di nascita	
data ricovero		Reparto	Stanza
data insorgenza sintomi			
sintomi			
Precedente ricovero ospedaliero		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
dal _____ al _____ in _____		codice stanza _____	
dal _____ al _____ in _____		codice stanza _____	
diagnosi di legionellosi basata su:			
<input type="checkbox"/> rilevazione antigene urinario di L. pneumophila (sierogruppo1) eseguito il: _____			
<input type="checkbox"/> isolamento del germe da materiale patologico _____ eseguito il: _____			
<input type="checkbox"/> aumento titolo anticorpale _____ eseguito il: _____			
<input type="checkbox"/> radiografia torace eseguito il: _____			
<input type="checkbox"/> esame obiettivo: _____			
caso di legionellosi :		<input type="checkbox"/> certo	<input type="checkbox"/> presunto
		origine nosocomiale : <input type="checkbox"/> certo <input type="checkbox"/> probabile	
Note:			
Esito: <input type="checkbox"/> dimesso <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/> trasferito			

fattori di rischio	trattamenti a rischio
<input type="checkbox"/> età avanzata (sup. 65 anni)	<input type="checkbox"/> trattamento emodialitico
<input type="checkbox"/> sesso maschile	<input type="checkbox"/> interventi chirurgici ORL
<input type="checkbox"/> alcolismo	<input type="checkbox"/> uso di apparecchi per aerosol e ossigenoterapia
<input type="checkbox"/> tabagismo	<input type="checkbox"/> immunosoppressione (trapianto d'organo, terapia corticosteroidea)
<b>malattie concomitanti</b>	<input type="checkbox"/> sonda nasogastrica
<input type="checkbox"/> broncopneumopatia cronico-ostruttiva	<input type="checkbox"/> respirazione assistita
<input type="checkbox"/> neoplasie	<input type="checkbox"/> inalazione acqua non sterile (doccia) (codice stanza .....)
<input type="checkbox"/> cardiopatia	
<input type="checkbox"/> insufficienza renale	
<input type="checkbox"/> epatopatia	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Caso segnalato a Direzione Medica di Presidio in data \_\_\_\_\_

Controlli microbiologici effettuati il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del rilevatore. \_\_\_\_\_