

# CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES LEGIONELLA

## PRIERE D'ENVOYER CE FORMULAIRE AVEC L'ECHANTILLON A L'UN DES DEUX LABORATOIRES

Prof. Dr. D. Piérard UZ Brussel Microbiologie en Ziekenhuishygiëne Laarbeeklaan 101, 1090 Jette Tel.: 02/4775000 E-mail: labomicro@uzbrussel.be	Dr. Charlotte Michel LHUB-ULB, site Anderlecht Service de Microbiologie Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles Tel.: 02/555 5167 E-mail: legionella.cnr@lhuh-ulb.be
--	---

<p><b>DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON:</b></p> Nom du responsable: ..... Nom du laboratoire: ..... Service: ..... Adresse: ..... Code postal: ..... Ville: ..... Tel.: ..... Fax: .....	<p><b>RESERVE AU LABORATOIRE DE REFERENCE</b></p>
<p><b>DONNEES DU PATIENT</b></p> Nom (initiales/autre code): ..... Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> inconnu Date de naissance: ..... Code postal du domicile: ..... Profession: ..... Code postal du lieu de travail: ..... Nationalité: ..... Le patient a-t-il séjourné en dehors de son domicile (en Belgique ou à l'étranger) pendant les deux semaines qui ont précédé les premiers symptômes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu Le patient a-t-il séjourné dans un hôpital pendant les deux semaines qui ont précédé les premiers symptômes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu Si la réponse est positive pour l'une de ces questions, prière de remplir le volet épidémiologique au verso de ce formulaire	<p><b>DONNEES CLINIQUES</b></p> Date de début des symptômes: ..... <input type="checkbox"/> ou inconnu Pneumonie: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu Confirmée radiologiquement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Symptômes principaux: ..... Patient immunocompromis : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, donnez des détails: ..... ..... Y a-t-il d'autres pathologies sous-jacentes? ..... ..... ..... Issue: <input type="checkbox"/> décédé date de décès: ..... <input type="checkbox"/> encore malade <input type="checkbox"/> guéri <input type="checkbox"/> inconnu
<p><b>DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON</b></p> <p><b>Echantillon respiratoire</b></p> Numéro d'identification: ..... Date de prélèvement: ..... Type d'échantillon: <input type="checkbox"/> expectoration <input type="checkbox"/> aspiration bronchique <input type="checkbox"/> aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> liquide pleural <input type="checkbox"/> biopsie pleurale <input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....	<p><b>ANALYSES DEMANDEES</b></p> <input type="checkbox"/> culture & PCR Legionella <input type="checkbox"/> sérologie Legionella <input type="checkbox"/> Antigène urinaire Legionella <input type="checkbox"/> confirmation de l'identification d'une souche et typage Motivez s'il s'agit d'un échantillon de l'environnement..... .....
<p><b>Sérum</b></p> Numéro d'identification: ..... Date de prélèvement: ..... <p><b>Urine (seulement en cas d'épidémie)</b></p> Numéro d'identification: ..... Date de prélèvement: ..... <p><b>Souche</b></p> Numéro d'identification: ..... Date d'isolement: ..... <input type="checkbox"/> Isolat humain <input type="checkbox"/> prélèvement de l'environnement Nature de l'échantillon d'où la souche a été isolée: .....	<p><b>RESULTATS DES TESTS DEJA EFFECTUES</b></p> <p><b>Antigène urinaire Legionella urinaire:</b> <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif                  Date de prélèvement: .....  <p><b>Culture de Legionella:</b> <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif                  Date de prélèvement: ..... Type d'échantillon: .....                  Identification: .....  <p><b>PCR Legionella</b> <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif                  Date de prélèvement: ..... Type d'échantillon: .....  <p><b>Sérologie</b>                  Date de prélèvement: ..... Titre: .....</p> </p></p></p>

# CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES LEGIONELLA

**Prrière de remplir cette liste épidémiologique si vos résultats démontrent déjà une légionellose (par ex. test d'antigène urinaire positif ou culture positive dans votre laboratoire)**

**SOURCE DE L' INFECTION**

Une source possible d'infection a-t-elle été mise en cause chez ce patient?  oui  non  
 Si oui, est-elle, associé à un voyage?  à un séjour à l'hôpital? Acquis dans la communauté?  
 Y a-t-il d'autres cas potentiellement associés?  oui  non  inconnu

**CAS POTENTIELLEMENT ACQUIS DANS LA COMMUNAUTE**

Y a-t-il des sources environnementales possibles?  oui  non  
 Donnez des détails concernant le moment, la source et la nature de l'exposition: .....  
 .....  
 Dans les deux semaines qui ont précédé le début des symptômes, le patient a-t-il utilisé ou s'est-il trouvé à proximité d'un bain à bulle ou un jacuzzi?  oui  non  inconnu  
 Si oui, donnez des détails: .....  
 .....

**CAS POTENTIELLEMENT ACQUIS DANS UN HOPITAL OU UNE AUTRE INSTITUTION DE SOINS**

Si le patient a séjourné dans un hôpital pendant les deux semaines qui ont précédé le début des symptômes de légionellose:  
 Diagnostic posé à l'admission: .....  
 Date de l'admission: .....  
 Type d'unité dans laquelle le patient a été admis: .....  
 Si le patient a été transféré d'un autre hôpital ou d'une autre institution de soins:  
 Nom et adresse de cet autre hôpital ou de cette institution de soins: .....  
 .....  
 Date d'admission dans cette autre institution: ..... Date de décharge de cette autre institution: .....  
 Autres remarques: .....  
 .....

**CAS POTENTIELLEMENT LIE A UN VOYAGE**

Le patient a-t-il séjourné en dehors de son domicile (en Belgique ou à l'étranger) pendant les deux semaines qui ont précédé les premiers symptômes ?  oui  non  
 Si oui, veuillez donner des détails:

Localisation	1	2	3	4
Date d'arrivée				
Date de départ				
Pays				
Ville				
Lieu de séjour (Nom et numéro de chambre)				
Type de séjour*				

(\*) Remplissez les premières lettres pour **H**otel, **A**ppartement, **R**ésidence particulière, **T**errain de camping, **N**on spécifié.

Le patient a-t-il utilisé un bain à bulle, un jacuzzi ou équivalent pendant son séjour ou est-il resté à proximité?  
 oui  non  inconnu  
 Si oui, donnez des détails: .....  
 .....

**ENQUETE ENVIRONNEMENTALE**

Une enquête environnementale a-t-elle été effectuée en relation avec ce cas?  oui  non  inconnu  
 Si oui, quelles sources ont été étudiées ? .....  
 .....  
 Une légionnelle a-t-elle été mise en évidence dans les sources suspectes?  oui  non  inconnu  
 Si oui, quels étaient les résultats: .....  
 .....  
 Autres renseignements: .....  
 .....  
 Adresse du laboratoire qui a effectué les analyses environnementales: .....  
 .....  
 Personne de contact du laboratoire, où les analyses environnementales ont été effectuées: .....  
 .....  
 Téléphone de ce laboratoire: .....

**AUTRES RENSEIGNEMENTS**

.....  
 .....