

REGIONE
Assessorato alla Sanità

MINISTERO DELLA SANITA'
Dipartimento della Prevenzione

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Registro Nazionale delle Legionellosi

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda	□ □ □ □ □	Data	□ □ □ □ □ □
Ospedale Notificante		□ □ □ □ □ □	
Cognome Nome del paziente:			
Data di nascita	□ □ □ □ □ □	Sesso:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di residenza			
Occupazione presso			
Data Insorgenza sintomi	□ □ □ □ □ □		
Data Ricovero ospedaliero	□ □ □ □ □ □		
Data Dimissione	□ □ □ □ □ □	Esito	
		- Miglioramento/Guarigione	<input type="checkbox"/>
		- Decesso	<input type="checkbox"/>
		- Non noto	<input type="checkbox"/>

Manifestazioni cliniche (barrare la casella che interessa)

	SI	NO	NON SO		SI	NO	NON SO
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brividi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espettorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atassia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emofloe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toracoalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapiramidale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipossia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pericardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacità polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteartromialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altre manifestazioni cliniche rilevanti SI NO

Specificare

Malattie concomitanti SI NO

Specificare:

In terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori: SI NO

Antibiotici (e dosi) assunti durante il ricovero: SI NO

Specificare: