Cure odontoiatriche nelle due settimane precedenti l'esordio ☐ SI ☐ NO

Ricovero ospedaliero nelle due settimane precedenti l'esordio ☐ SI ☐ NO

Ospedale: ... Reparto ...

Periodo: da ... a ...

Soggiorno nelle due settimane precedenti l'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione ☐ SI ☐ NO

- *Specificare tipo di struttura recettiva*: (es. albergo, terme, campeggio, nave, ecc.) ...
- *Nome e località* ... n. stanza ...
- *Eventuale operatore turistico* ...
- *In gruppo* ☐ *Individuale* ☐
- *Periodo: da* |_|_|_|_|_|_| a |_|_|_|_|_|_|

Frequentazione di piscine nelle due settimane precedenti l'esordio ☐ SI ☐ NO

Abitudine al fumo di sigaretta ☐ SI ☐ NO

Specificare da quanto tempo *quantità* ...

Abitudine all'alcool ☐ SI ☐ NO

Specificare quantità ...

Diagnosi di legionellosi basata su:

Isolamento del germe ☐ Specificare da quale materiale patologico: ...

Sierologia ☐

	gg da inizio sintomi	titolo	Specie e Sierogruppo
1° siero	...	...	...
2° siero	...	...	...
3° siero	...	...	...

Rilevazione antigene urinario ☐ SI ☐ NO

Indagine Ambientale ☐ SI ☐ NO Se **SI** specificare materiale analizzato ...

Se **SI** ☐ Positiva ☐ Negativa

Se **Positiva** *specificare Specie e Sierogruppo* ...

Nome e recapito del medico compilatore:

Nome ... Cognome: ...

Ospedale: ... Reparto ...

Indirizzo: ... Tel.: ... Fax: ...

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|

N.B. La presente scheda non sostituisce il mod. 15 di classe II per i casi accertati e va inviata dalla Direzione Sanitaria o dal SISP dell'Azienda USSL di competenza a:

-I.S.S –Lab BMM –tel 06/49902856 – fax 06/49387112

- Lab. EB – tel 06/49902273 – fax 06/49387292

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

- Regione di competenza, mensilmente da parte del SISP

e dalla Regione al:

- Ministero della Sanità, Ufficio III – MIPI – OEN – tel 06/59944211 – fax 06/59944242

Via della Sierra Nevada, 60 – 00144 Roma

- I.S.S. quale completamento delle informazioni già trasmesse.

00A4604