

	Direzione Sanitaria	Mod. 0129	Pag. 1 di 3
	SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI	Parola chiave: <i>sorveglianza legionellosi</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

N. Scheda I _ I _ I _ I _ Data _ _ / _ _ / _ _ _ _

Il Notificante: Nuova Casa di Cura Sant'Anna Srl, Viale Cavalli d'Olivola 22 -
15033 Casale M.to (AL)

Cognome del paziente _____ Nome del paziente _____

Sesso ☐ M ☐ F

Indirizzo di residenza _____

Occupazione _____

Presso _____

Data Insorgenza sintomi _ _ / _ _ / _ _ _ _

Esito:

Data Ricovero _ _ / _ _ / _ _ _ _

☐ Miglioramento/guarigione

Data Dimissione _ _ / _ _ / _ _ _ _

☐ Decesso

☐ Non noto

Manifestazioni cliniche (*barrare la casella che interessa*):

	SI	NO	NON SO		SI	NO	NON SO
Febbre	☐	☐	☐	Nausea/Vomito	☐	☐	☐
Brividi	☐	☐	☐	Dolori addome	☐	☐	☐
Cefalea	☐	☐	☐	Diarrea	☐	☐	☐
Tosse	☐	☐	☐	Peritonite	☐	☐	☐
Espettorazione	☐	☐	☐	Confusione mentale	☐	☐	☐
Dispnea	☐	☐	☐	Atassia	☐	☐	☐
Emoftoe	☐	☐	☐	Afasia	☐	☐	☐
Toracoalgie	☐	☐	☐	Extrapiramidale	☐	☐	☐
Versamento pleurico	☐	☐	☐	Aritmia cardiaca	☐	☐	☐
Ipossia	☐	☐	☐	Pericardite	☐	☐	☐
Opacità polmonare	☐	☐	☐	Osteartromialgie	☐	☐	☐

Altre manifestazioni cliniche rilevanti ☐ SI ☐ NO

Specificare _____

Malattie concomitanti ☐ SI ☐ NO

Specificare _____

info@santannacasale.it www.santannacasale.it

Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812

Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata.

È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.

	Direzione Sanitaria SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI	Mod. 0129	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: <i>sorveglianza legionellosi</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

In terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori ☐ SI ☐ NO

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

Specificare _____

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 (albergo, terme, campeggio, nave ...) _____
- 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

Abitudini al fumo di sigaretta ☐ SI ☐ NO Abitudini all'alcool ☐ SI ☐ NO

Specificare da quanto tempo _____ Specificare da quanto tempo _____

Specificare quantità _____ 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 _____

	Direzione Sanitaria SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI	Mod. 0129	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: <i>sorveglianza legionellosi</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Nome e recapito del Medico Compilatore:

Cognome	Nome		
NUOVA CASA DI CURA PRIVATA SANT'ANNA S.r.l.			
Ospedale			
VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22 - 15033 CASALE M.TO (AL)	0142/334611	0142/75812	
Indirizzo	Tel	fax	
Reparto			

Data di compilazione __ / __ / ____

Timbro e firma del Medico

N.B.

La presente scheda non sostituisce il Mod. 15 di classe II per i casi accertati e va inviata dalla Direzione Sanitaria o dall'Ufficio di Igiene 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

Mensilmente da parte dell'Ufficio di Igiene a:

- Regione di competenza
- Dalla Regione di competenza a:
- Ministero della Sanità, Ufficio III - MIPI - OEN tel. 06/59944211 fax 06/59944242
- Via della Sierra Nevada 60 - 00144 Roma
- Ufficio di Igiene, quale completamento delle informazioni già trasmesse