

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE LEGIONEL·LOSIS

(adaptat a RENAVE) (Actualitzat 03/08/2023)

No emplenar

Data recepció

Setmana

N. EWGLI

N agrupació EWGLI

Tipus de cas

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas:

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

Data de declaració

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP

NHC

Home

Dona

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Domicili

Data naixement

Edat

mesos (si < 2 anys)

Localitat i municipi

País

Telèfon

Professió/Ocupació

Estranger:

Turista:

Nacionalitat/país procedència

Data arribada a Balears

Data de sortida

DADES completes allotjament a Balears

(adreça, hotel, núm. habitació, zona,...)

Especificar detalls de llocs, edificis o instal·lacions de risc durant el període d'incubació

DADES CLÍNQUES

Data inici símptomes

Clínica:

Pneumònia

Febre Pontiac

Febre

Cefalea

Pneumònia

Diarrea

Miàlgies

Evolució

Ingrés hospitalari

No

Sí

Data ingrés

Hospital i Servei

Data alta

*Data defunció

LABORATORI

Aïllament

Data

Ag L. pneu. orina

Data

Ag L. pneu. altres mostres

Data

PCR

Data

Seroconversió per L. pneu. SG1

Data

Seroconversió per altres Leg.

Data

Títol únic >=256 per L. pneu SG1

Data

Agent causal identificat a pacient mitjançant qualsevol prova positiva

**Altre agent

*Serogrup1

*Serogrup2

*Subgrup

***Altre subgrup

*Genotipus

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES I AMBIENTALS

Ocupacions de risc

Altres ocupacions de risc

Factors predisponents

Cas autòcton

Importat o extracomunitari

Comunitat autònoma o país adquisició

Fumador o exfumador

Malaltia respiratòria crònica

Diabetes

Hemopatia o càncer

Corticoteràpia

Àmbit d'exposició (marcar el més probable)

Tipus de confirmació de la font

Exposició principal (marcar la font més probable)

Observacions