



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 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Frequenzamento 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 USSSL 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.