Critères de notification	
Pneumopathie associée **à au moins un des résultats suivants :** Cas confirmés : 1. **Isolement** de Legionella spp 2. **Augmentation du titre d'anticorps** (x4) avec un 2e titre minimum de 128 3. Présence **d'antigène soluble urinaire** Cas probable : 4. **Titre d'anticorps élevé** (≥256) 5. **PCR positive**	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

LEGIONELLOSE

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M ❑ F ❑ DDN : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Numéro DN : ☐☐☐☐☐☐☐

Adresse géographique : ..... Commune de résidence : ..... Tel : .....

Date de notification ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code d'anonymat ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ *(à remplir par la DS)*

✂ -

Date de notification ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code d'anonymat ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ *(à remplir par la DS)*

Sexe : F ❑ M ❑ Age : ☐☐ ans ou ☐☐ mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays : .....

Signes cliniques :

Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Date d'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Signes cliniques évocateurs de pneumopathie : ❑ Oui ❑ Non

Pneumopathie confirmée radiologiquement : ❑ Oui ❑ Non

Evolution : ❑ guérison ❑ encore malade ❑ Décès

Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Facteurs favorisants :

❑ hémopathie/cancer ❑ corticothérapie ❑ autres immunosuppresseurs

❑ tabagisme ❑ diabète

❑ autres, précisez :

Confirmation bactériologique

	Positif	Négatif	Non effectué	En cours
Culture	❑	❑	❑	❑
Antigène urinaire	❑	❑	❑	
PC	❑	❑	❑	

Sérologie

1er prélèvement	2e prélèvement
Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐	Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐
Titre 1 :	Titre 2 : .....
❑ en cours ❑ non effectué	❑ en cours ❑ non effectué

Espèce / sérogroupe : ❑ *L. pneumophilia* sérogroupe 1 ❑ autre espèce, préciser : .....

❑ L. *pneumophilia* autre sérogroupe, préciser : ..... ❑ en cours

Exposition à risque (dans les **10 jours** précédant les premiers signes de légionellose) : **indiquer précisément les lieux d'exposition, type d'hébergement (ville, pays) et adresse** (si nécessaire, détails sur une feuille jointe)

	Oui	Non	Période			
Etablissement de santé	❑	❑	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au ☐☐☐☐☐☐☐☐	Etablissement :	
					Service :	
Maison de retraite	❑	❑	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au ☐☐☐☐☐☐☐☐	Lieu :	
Hôtel, camping, voyage…	❑	❑	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au ☐☐☐☐☐☐☐☐	Lieu :	
Piscine, jacuzzi…	❑	❑	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au ☐☐☐☐☐☐☐☐	Lieu :	
Lieu de travail	❑	❑	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au ☐☐☐☐☐☐☐☐	Lieu :	
Autre exposition	❑	❑	du ☐☐☐☐☐☐☐☐	au ☐☐☐☐☐☐☐☐	Préciser :	

Notion de cas groupé (cas liés aux mêmes lieux d'exposition) : ☐☐