**QUESTIONNAIRE D’INVESTIGATION DE TOUS LES CAS DE LEGIONELLOSE**

**LEGIODOM : N° Cas** |\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| *(exemple : ARA-001)*

*(Région de domicile 3 lettres, numéro d’inclusion)*

**DO : Code d’anonymat** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Identifiant ARS (**numéro SIVSS)**: |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**SIGNALEMENT**

**Réception du signalement à l’ARS** Date : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Personne(s) en charge du signal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées du déclarant et/ou médecinayant pris en charge le patient :

(Nom, fonction, hôpital, service, adresse, téléphone, email........) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées du laboratoire :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DO reçue : oui non Date de réception: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**1 PATIENT DETAILS**

Surname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of birth: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Age |\_\_\_\_| years Gender :  M  F

Home adress : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postal code : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| City : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient’s or Contact Person’s information : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone number : |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| and |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primary Care Physician’s Information : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si patient domicilié dans une autre région: *précisez la région* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° du département: |\_\_\_|

Date de contact avec cette ARS : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la (les) personne(s) ARS en charge de l’investigation du cas si différente de la personne contactée

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Cette 1ère page qui contient des données directement nominatives devra être détruite après finalisation des investigations.***

Cette page est à compléter à la fin de questionnaire si le cas remplit les critères d’inclusion de l’étude LEGIODOM

Les données saisies dans l’application dédiée à l’étude sont uniquement

les données des questions rédigées sur fond grisé

***Case defintion*** *: Any person aged 18 years and older presenting with a clinical and/or radiological diagnosis of pneumonia with a lower respiratory tract sample for which a Legionella PCR is positive or a clinical strain of Legionella is available, who is hospitalized and residing in hexagonal France between XX/MM 202X and XX/MM 202X, and who has stayed at least one day at home in the 14 days preceding the onset of symptoms.*

***Exclusion criteria*** *: Individuals residing in or staying in a social or medico-social establishment, or those who have been away from their home during the 14 days preceding the onset of symptoms, will be excluded.*

**Inclusion criteria for the LEGIODOM study**

Radiologically confirmed pneumonia  yes  no

Clinical signs  yes  no

Isolation of clinical strain  yes  no

PCR positive clinical sample  yes  no

At least one day at home in hexagonal France  yes  no

Lower respiratory tract sample with an isolated strain and at least one day at home in hexagonal France

Lower respiratory tract sample with a PCR positive for Legionella and at least one day at home in hexagonal France

Patient’s consent for inclusion in the study :  yes  no

Mailing or emailing of the information letter on : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Case identification**

**LEGIODOM : Case number** |\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_| : *(Home region 3 letters, inclusion number)*

Date of birth : |\_\_\_\_\_\_\_| Gender :  M  F Postal code : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Suspected clustered cases :**  yes  no

**2. DESCRIPTION**

**Clinical diagnostic :**

Date of symptom onset : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Hospitalisation onset: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Radiologically confirmed pneumonia  yes  no

If no, clinical signs   yes   no

Specify clinical signs if needed or comments : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Biological diagnostic :**

**Urinary antigen** : Date : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Positive  Négative  Not performed  Ininterpretable

**Lower respiratory tract sample** (including sputum and deep expectoration):

Done  Yes  No

Sampling date : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

If no, asked  Yes  No

Directly send to the CNR  Yes  No Date : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(if available)*

**Results**

PCR  Positive  Negative  Non performed

Date of results : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(if available)*

Culture   Positive  Negative  Non performed

Date of results : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(if available)*

Send to the CNR  Yes  No Date of reception  |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(if available)*

Species/serogroup :  Lp1  Other, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genotyping ST : \_\_\_\_\_\_\_\_

**Comments : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Facteurs Favorisants :**

Hemopathy or cancer  Cardiovascular disease

Corticosteroid therapy  Diabetes

Other immunosuppressants  Renal insufficiency

Solid organ transplant  Dialysis

Smoking  Chronic lung disease (chronic bronchitis,

Other, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emphysema, COPD)

No predisposing factor

**Hospitalisation :**

Hospitalized  Yes  No

If yes : Date of hospitalization : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Date of discharge : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Stay in intensive care  Yes  No

If yes : Date of entry : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Date of discharge : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Evolution :**

At 4 weeks after symptom onset, the : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Discharged from the hospital

Deceased, date of death : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Unknown

Still hospitalized

Service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clinical condition : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Final evolution : the |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Recovered/Discharged

Deceased, date of death : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Unknown

Still hospitalized

Specify the service if needed : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comments : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LEGIODOM : N° Cas** |\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| **DO : Code d’anonymat** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Identifiant ARS (**numéro SIVSS)**: |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**3. EXPOSITIONS**

**Date of symptom onset :** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Exposition period** *(14 days before symptom onset)* **from** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| **to** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Exposure Factors (Identify the places and activities at risk and the sectors where the person has traveled):**

*Conduct a history of places visited during the* ***14 days prior to the onset of symptoms****.* ***Possible sources of contamination*** *include: hot water systems (showers, taps), cooling systems and air-cooled towers, thermal waters, establishments with hot tubs (spas), decorative fountains, misters, devices for aerosol respiratory treatments (oxygen therapy, sleep apnea devices), dental unit, potting soil, etc.*

**MAIN RESIDENCE**

3.1 The case lives in : A single-family house  An appartment in a residential building

Another location, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2 The case is  :  Owner  Tenant  Don’t know

Owner’s/ landlord’s contact details : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.3 Is the source of domestic water :

Public  Private (such as well, spring..)  Don’t know

3.4 If the case lives in a residential building: Is the hot water production for the residence?

Individual  Collective  Don’t know

3.5 Is the hot water production ?

With storage tank (e.g., water heater):  Yes  No  Don’t know

Instantaneous production (e.g., water heater or boiler):  Yes  No  Don’t know

3.6 What energy source is used for hot water production? (Multiple answers possible):

Gas-Electricity-Fuel  Solar  Heat Pump  Don’t know

3.7 How old is this hot water production system?

≤10 years  between 10 and <20 years  ≥ 20 years  Don’t know

3.8 Is the hot water production system maintained by a professional?

Yes  No  Don’t know

If yes, specify the frequency : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.9 Have you observed that the domestic hot water is not hot enough? *(not used for LEGIODOM)*

Yes  No  Don’t know

3.10 Have you observed that it takes more than 2 minutes to get hot water?

Yes  No  Don’t know If yes, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.11 Number of bathrooms with shower and/or bathtub in the residence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.12 Is the main shower or bathtub equipped with :

Separate taps (2 taps)  standard mixer tap (1 tap)

Thermostatic mixer tap (temperature control ring)  Don’t know

**Regarding the exposure period :**

3.13 Have you experienced a disruption in your hot water supply in the 2 weeks preceding the onset of symptoms?

Yes  No  Don’t know

If yes, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.14 In the month preceding the onset of symptoms, were any plumbing works carried out on the hot water production system you use?

Yes  No  Don’t know

If yes, specify the date and the type of work : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.15 Was the residence occupied during the entire month preceding the onset of symptoms?

Yes  No  Don’t know

If not, approximatively how long was the duration of the absence

<1 week  1 week and <2 weeks  2 weeks to <4 weeks

form 4 weeks to 3 months  >3 months

Date of return to the case’s residence : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

3.16 Within the residence, is the shower used by the case on a daily basis?

Yes  No  Don’t know

3.17 Did you, the case, have taken at home :

3.17.1 Baths :  Yes  No

If yes, how often :  Daily  Weekly  Other, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.17.2 Showers:  Yes  No

If yes, how often :  Daily  Weekly  Other, specify : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.17.3 Washed at the sink only  Yes  No  Don’t know

3.17.4 Used a hot tube (jacuzzi, jetted bathtub)

Yes  No  Don’t know

**LEGIODOM : N° Cas** |\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| **DO : Code d’anonymat** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Identifiant ARS (**numéro SIVSS)**: |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**RISK ACTIVITIES** : (Specify for each exposure)

Professional (activity related to water from the sanitary network (shower) or process) : \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Occupational physician’s contact details : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leisure

Frequenting sports clubs with showers:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Swimming pool, spa, jacuzzi, steam room, balneotherapy, hot tub : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amusement park with water games: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presence of misters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do it yourself

Handling of equipment (at risk), hydraulic saw, pressure washer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plumbing work : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gardening

Watering, spraying (conditions and location of water storage): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handling potting soil (if commercial potting soil, specify brand, presence of a composter): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Health

Dentist/physiotherapist (balneotherapy/shower): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medical device (oxygen therapy, sleep apnea, aerosol...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Practices

Carwash : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hairdresser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequenting supermarket, shops, café terrace, restaurant (presence of misters): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRAVELS** (Establishment(s) visited specifying exact coordinates and period and report them in the table below) :

Home  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Healthcare facility  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thermal establishment  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EHPA – Nursing home  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hotel(s)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(holiday villages etc…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Camping site(s)   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cottages, guesthouses  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temporary residence   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(second home, family, friends ...) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cruise ship   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Other   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Calendar for places visited by the patient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date | Places visited |
| D -14 |  |  |
| D -13 |  |  |
| D -12 |  |  |
| D -11 |  |  |
| D -10 |  |  |
| D - 9 |  |  |
| D - 8 |  |  |
| D - 7 |  |  |
| D - 6 |  |  |
| D - 5 |  |  |
| D - 4 |  |  |
| D - 3 |  |  |
| D - 2 |  |  |
| D - 1 |  |  |
| D - 0 |  |  |

**Comments :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Structures contactées pour suivi des actions à mener**

EOHH: Hôpital de |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| date de contact |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Signalement d’infection nosocomiale effectué oui  non

Coordonnées de la personne contactée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCHS: Ville de |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| date de contact |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin du travail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date de contact |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si séjour dans autre(s) région(s) :

Contact avec ARS |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|: le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact avec ARS |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|: le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Résultats des investigations environnementales** (à titre de suivi)

Domicile dans le cadre de l’étude LEGIODOM

Date de résultats des prélèvements environnementaux : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Recherche *Legionella spp*  Positive  Négative Taux : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recherche de *Legionella pneumophila*  Positive  Négative Taux: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Résultats des comparaisons des prélèvements ou souches cliniques et environnementales :

souches concordantes :  Oui  Non

Investigations réalisées en parallèle de l’étude LEGIO-DOM :

Détail des investigations environnementales : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Site de prélèvements : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de résultats des prélèvements : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Recherche Legionella spp  Positive  Négative Taux : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recherche de *Legionella pneumophila*  Positive  Négative Taux: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Résultats des comparaisons des prélèvements ou souches cliniques et environnementales :

Souches concordantes :  Oui  Non

**LEGIODOM : N° Cas** |\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_|

**SYNNTHESE DES EXPOSITIONS pour l’étude LEGIODOM**

**4 ACTIVITES A RISQUE** :

Séjour dans les 14 jours précédant la date de début des signes :  Oui  Non

Si OUI : Nombre de jours à domicile : |\_\_\_|\_\_\_|

Précisez les activités à risque :

Voyage (séjour établissement de tourisme, famille, amis, résidence secondaire…)

Etablissement de santé

Professionnel (activité liée à l’eau du réseau sanitaire (douche) ou au process)

Loisirs (douche, piscine, spa, jacuzzi, hammam, balnéothérapie)

Bricolage (Manipulation d'outillage (à risque): scie hydraulique, karcher, travaux de plomberie

Jardinage (Arrosage, pulvérisation, manipulation de terreau)

Santé (Dentiste/balnéothérapie, oxygénothérapie, apnée du sommeil)

Pas d’activité à risque

Autres, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hors du domicile une comparaison de souches environnementales a-t-elle été réalisée au CNR**

Oui  Non

Si oui précisez le lieu :

Etablissement de santé  Etablissement thermal  EHPA-EHPAD

Etablissement de tourisme (hôtel, camping, gîte, maison d’hôte, bateau de croisière)

Résidence temporaire (résidence secondaire, amis, famille…)

Etablissement recevant du public (loisir, piscine, spa, jacuzzi, stade…)

Extérieur, jardin, terre, terreaux  Lieu de travail

Autres, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Résultats des comparaisons : souches concordantes :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_