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

**LEGIODOM : N° Cas** |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.| *(exemple : ARA-001)*

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

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

**Identifiant ARS (**numéro SIVSS)**:** **|**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**|**

**SIGNALEMENT**

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

Personne(s) en charge du signal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du laboratoire :\_Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

**1 IDENTICATION DU CAS**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Age ans Sexe :  M  F

Adresse Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal : | | | | | | Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du patient ou personne de l’entourage contactée pour informations :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° téléphone : | | | | | | et | | | | | |

Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si patient domicilié dans une autre région: *précisez la région* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N° du département: |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.|

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

Coordonnées de la personne contactée: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***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

***Définition de cas*** *: Toute personne de 18 ans et plus présentant un diagnostic clinique et/ou radiologique de pneumonie avec un prélèvement respiratoire bas pour lequel une PCR Legionella est positive ou une souche clinique de Legionella est disponible, hospitalisée et résidant en France métropolitaine entre le XX/MM 202X et le XX/MM 202X et ayant séjourné au moins un jour à domicile dans les 14 jours précédant la date de début des signes.*

***Critère d’exclusion*** *: seront exclus les personnes étant domiciliées ou séjournant dans un établissement social ou médico-social, ou ayant été hors de**leur domicile pendant les 14 jours précédant la date de début des signes.*

**Critères d’inclusion dans l’étude LEGIODOM**

Pneumopathie avec confirmation radiologique oui  non

Présence de signes cliniques  oui  non

Souche clinique isolée  oui  non

PCR positive sur prélèvement clinique  oui  non

Au moins un jour à domicile en France hexagonale  oui  non

Prélèvement respiratoire bas avec souche isolée et au moins un jour à domicile en France hexagonale

Prélèvement respiratoire bas avec PCR positive et au moins un jour à domicile en France hexagonale

Accord du patient pour inclusion dans l’étude :  oui  non

Envoi par email de la lettre d’information le : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Identification du cas**

**LEGIODOM : N° Cas** |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.|: *(Région de domicile 3 lettres, numéro d’inclusion)*

Année de naissance : |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.| Sexe :  M  F Code postal : | | | | | |

**Suspicion de cas groupés :**  oui  non

**2. DESCRIPTION**

**Diagnostic clinique :**

Date de début des signes : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Date d’hospitalisation : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Pneumopathie avec confirmation radiologique   oui  non

Si non, présence de signes cliniques    oui   non

Précisez si besoin les signes ou commentaires : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Diagnostic biologique :**

**Antigène urinaire** : Date du test : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Positif  Négatif  Non effectué  Ininterprétable

**Prélèvement respiratoire bas** (incluant crachat et expectoration profonds) :

Réalisé  Oui  Non

Date du prélèvement : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Si non, demandé  Oui  Non

Directement envoyé au CNR  Oui  Non Date d’envoi : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(si disponible)*

**Résultats**

PCR  Positive  Négative  Non effectuée

Date du résultat : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(si disponible)*

Culture   Positive  Négative  Non effectuée

Date du résultat : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(si disponible)*

Souche envoyée au CNR  Oui  Non Date d’envoi |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| *(si disponible)*

Espèce/sérogroupe :  Lp1  Autre, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Génotypage ST : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Commentaires :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Facteurs Favorisants :**

Hémopathie ou cancer  Maladie cardio–vasculaire

Corticothérapie  Diabète

Autres-immunosuppresseurs  Insuffisance rénale

Greffe d’organe solide  Dialyse

Tabagisme  Maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique,

Autres, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. emphysème, BPCO)

Pas de facteur favorisant

**Hospitalisation :**

Hospitalisé  Oui  Non

Si oui : Date d’entrée à l’hôpital : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Date de sortie de l’hôpital : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Séjour en réanimation  Oui  Non

Si oui : Date d’entrée en réa : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| Date de sortie de réa : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Evolution :**

A 4 semaines de la date de début des signes, soit le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Sortie de l’hôpital

Décédé, date du décès : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Inconnue

Toujours hospitalisé

Service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etat Clinique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Evolution finale : le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Guéri/Sorti

Décédé, date du décès : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Inconnue

Toujours hospitalisé

Précisez si besoin Service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Commentaires : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**LEGIODOM : N° Cas**

**DO : Code d’anonymat**

**Identifiant ARS (**numéro SIVSS)**:**

**3. EXPOSITIONS**

**Date de début des signes :** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Période d’exposition** *(14 jours avant la date de début des signes)* **du** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_| **au** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

**Facteurs d’exposition (Identifier les lieux et les activités à risque et les secteurs où s'est déplacée la personne) :**

*Effectuer l’historique des lieux fréquentés pendant la période* ***des 14 jours*** précédant la date de début des signes*.* ***Les sources de contamination possibles****: les circuits d’eaux chaudes sanitaires (douches, robinets) systèmes de refroidissement et tours aéro-réfrigérantes, eaux thermales, établissements avec bains à remous, (spas), fontaines décoratives, brumisateurs, appareils pour les traitements respiratoires par aérosols (oxygénothérapie, appareil pour apnées du sommeil), unité dentaire, terreau, etc....*

**Domicile principal**

3.1 Le cas habite :  Une maison individuelle  Un logement en immeuble collectif

Un autre lieu, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.2 Le cas est  :  Propriétaire occupant  Locataire  Pas d’info

Coordonnées propriétaire /bailleur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.3 L’origine de l’eau sanitaire est-elle ?

Publique  Ressource privée (type puits, source..)  Ne sait pas

3.4 Si le cas habite un immeuble collectif : la production d'eau chaude du logement est-elle ?

Individuelle  Collective  Ne sait pas

3.5 La production d’eau chaude est-elle ?

A accumulation avec ballon de stockage (type cumulus) :  Oui  Non  Ne sait pas

A production instantanée (type chauffe-eau ou chaudière) :  Oui  Non  Ne sait pas

3.6 Quelle énergie est utilisée pour la production de l’eau chaude ? (Plusieurs réponses possibles) :

Gaz-Electricité-Fuel  Solaire  Pompe à chaleur  Ne sait pas

3.7 Quelle est l’ancienneté de cette production d’eau chaude ?

≤10 ans  entre 10 et <20 ans  ≥ 20 ans  Ne sait pas

3.8 La production d’eau chaude est-elle entretenue par un professionnel ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, précisez la fréquence :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.9 Avez-vous constaté que l’eau chaude sanitaire n’est pas assez chaude ? *(non exploitée pour LEGIODOM)*

Oui  Non  Ne sait pas

3.10 Avez-vous constaté que l’eau chaude met plus de 2 minutes à arriver?

Oui  Non  Ne sait pas si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.11 Nombre de pièce d’eau avec douche et/ou baignoire dans le logement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.12 La douche ou baignoire utilisée principalement, est-elle équipée d’un

robinet mélangeur (2 robinets)  mitigeur classique (1 seul robinet)

mitigeur thermostatique (avec bague de réglage de température)  Ne sait pas

**Concernant la période d’exposition :**

3.13 Avez-vous constaté une coupure de votre eau chaude sanitaire dans les 2 semaines précédant la date de début des signes?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, précisez :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.14 Dans le mois précédant la date de début des signes, des travaux de plomberie ont-ils été effectués sur le système de production d’eau chaude que vous utilisez ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, précisez la date et la nature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.15 Le domicile était-il occupé durant tout le mois précédant la date de début des signes ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si Non, durée approximative d’absence d’occupation du domicile

<1 semaine  1semaine et <2semaines  2 semaines à <4 semaines

de 4 semaines à 3 mois  >3mois

Date de retour au domicile du cas : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

3.16 Au sein du logement, l’utilisation de la douche utilisée par le cas est-elle quotidienne ?

Oui  Non  Ne sait pas

3.17 A titre individuel, avez-vous (le cas) pris, à domicile :

3.17.1 Des bains :  Oui  Non

Si oui, de façon  Quotidienne  Hebdomadaire  Autres, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.17.2 Des douches:  Oui  Non

Si oui, de façon  Quotidienne  Hebdomadaire  Autres, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.17.3 Fait la toilette au lavabo uniquement  Oui  Non  Ne sait pas

3.17.4 Utilisé un bain à remous (type jacuzzi, baignoire à jets)

Oui  Non  Ne sait pas

**LEGIODOM : N° Cas**

| | | | | | | | | | | | | | | | |

|Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.|

**DO : Code d’anonymat**

**|**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**|**

**Identifiant ARS (**numéro SIVSS)**:**

**ACTIVITES A RISQUE** : (préciser pour chaque exposition)

Professionnel (activité liée à l’eau du réseau sanitaire (douche) ou au process) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du médecin du travail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Loisirs

Fréquentation de club sportif avec douche :\_Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.\_

Piscine, spa, jacuzzi, hammam, balnéothérapie, bain à remous :\_Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Parc d'attraction avec jeux d'eau : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Présence de brumisateurs : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Bricolage

Manipulation d'outillage (à risque), scie hydraulique, karcher :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Travaux de plomberie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Jardinage

Arrosage, pulvérisation (conditions et lieu de stockage de l’eau) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Manipulation de terreau (si terreau commercial précisez la marque, présence d’un composteur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Santé

Dentiste/kinésithérapeute (balnéothérapie/ douche): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dispositif médical (oxygénothérapie, apnée du sommeil aérosol ....) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pratique

Lavage véhicule : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coiffeur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fréquentation de supermarché, commerce, terrasse de café, restaurant (présence de brumisateurs) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DEPLACEMENTS** (Etablissement(s) fréquenté(s) en précisant les coordonnées exactes et la période et les reporter dans le tableau ci-dessous) :

Domicile  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement de santé  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement Thermal Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

EHPA - EHPAD  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Hôtel(s)  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

(village de vacances etc…)

Camping (s)   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gîtes, maisons d’hôtes  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Résidence temporaire   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

(Résidence secondaire, famille, amis ...)

Bateau de croisière   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Calendrier des lieux fréquentés par le patient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date | Lieux fréquentés |
| J -14 |  |  |
| J -13 |  |  |
| J -12 |  |  |
| J -11 |  |  |
| J -10 |  |  |
| J - 9 |  |  |
| J - 8 |  |  |
| J - 7 |  |  |
| J - 6 |  |  |
| J - 5 |  |  |
| J - 4 |  |  |
| J - 3 |  |  |
| J - 2 |  |  |
| J - 1 |  |  |
| J - 0 |  |  |

**Commentaires :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

EOHH: Hôpital de |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.| date de contact |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Signalement d’infection nosocomiale effectué oui  non

Coordonnées de la personne contactée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SCHS: Ville de |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.| date de contact |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médecin du travail Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. date de contact |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si séjour dans autre(s) région(s) :

Contact avec ARS |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.|: le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Contact avec ARS |Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.|: le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|

Coordonnées de la personne contactée Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Recherche de *Legionella pneumophila*  Positive  Négative Taux: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Site de prélèvements : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Recherche Legionella spp  Positive  Négative Taux : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Recherche de *Legionella pneumophila*  Positive  Négative Taux: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Résultats des comparaisons des prélèvements ou souches cliniques et environnementales :

Souches concordantes :  Oui  Non

**LEGIODOM : N° Cas**

|Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.|

**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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Résultats des comparaisons : souches concordantes :  Oui  Non

Commentaires : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.