



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 all'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 nome operatore turistico.....
- In gruppo  Individuale
- Periodo: da |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Frequenziazione di piscine nelle due settimane precedenti l'esordio  SI  NO

Abitudine al fumo  SI  NO  
Specificare da quanto tempo..... quantità.....

Abitudine all'alcool  SI  NO  
Specificare quantità .....

**Diagnosi di Legionella basata su:**

Isolamento del germe  Specificare da quale materiale patologico: .....

Sierologia <input type="checkbox"/>	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 .....

**Generalità e recapito del medico compilatore:**

Nome Cognome:.....

Ospedale:..... Reparto:.....

Indirizzo: ..... Tel.: ..... Fax: .....

Data Compilazione |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|