

# Allegato 11 - Questionario per l'indagine di focolai epidemici

Caso n° \_\_\_\_\_ Focolaio \_\_\_\_\_

Riferimento scheda di sorveglianza della legionellosi n° \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_

Data dell'intervista

## Informazioni personali

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita:    Età: \_\_\_\_ Sesso: Maschio  Femmina

Residenza: via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Domicilio abituale: via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## Persona che risponde al questionario

Caso  o moglie/marito  fratello/sorella  amico o altro parente

La persona vive con il paziente? Sì  No

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## Ospedalizzazione per legionellosi

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Medico ospedaliero \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data di inizio

Ricovero    Data di dimissione

Esito Guarito  Ancora malato   
Deceduto  Data del decesso

## Specie/ Sierogruppo isolati

L. pneumophila sierogruppo 1  L. pneumophila, altri sierogruppi (specificare): \_\_\_\_\_

Altre specie (specificare): \_\_\_\_\_

Tipizzazione in corso

Commenti: \_\_\_\_\_

## Fattori di rischio

E' stato sottoposto a chemioterapia Sì  No  Non so

Se sì, data

Le sono stati somministrati dei corticosteroidi, per via sistemica, nelle 4 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?

Sì  No  Non so

E' stato sottoposto ad ossigenoterapia a domicilio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Sì  No  Non so

Ha ricevuto trattamenti medici nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? (fisioterapia, visite odontoiatriche, cure termali, ecc.)

Sì  No  Non so

Se sì, dove e come? \_\_\_\_\_

Ha ricevuto trattamenti medici in regime di ricovero nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Se sì, in quale ospedale? \_\_\_\_\_

In quale reparto? \_\_\_\_\_ stanza n° \_\_\_\_ dal    al

Fuma? Si  No  Non so

Beve alcolici? Si  No  Non so

### Esposizione professionale

Professione : \_\_\_\_\_

Ha lavorato nei 10 giorni precedenti l'inizio della malattia : Si  No

Luogo di lavoro : \_\_\_\_\_

Percorso casa-lavoro : \_\_\_\_\_

Mezzo di trasporto: a piedi  automobile  bicicletta  bus  treno

C'erano lavori in corso vicino al suo posto di lavoro? Si  No  Non so

Se si, di che tipo (costruzione o scavi) : \_\_\_\_\_

A quale distanza circa dal luogo di lavoro : \_\_\_\_\_

Dove pranza di solito : \_\_\_\_\_

Il suo lavoro è: in un solo posto  comporta viaggi

Ha fatto una doccia nel luogo di lavoro nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi:

Si  No  Non ricordo

Se si, quante volte? \_\_\_\_\_

Nel luogo dove lavora c'è l'aria condizionata Si  No  Non so

Se si, c'è una torre di raffreddamento Si  No  Non so

C'è una torre di raffreddamento vicino al suo posto di lavoro:

Si  No  Se si, dove : \_\_\_\_\_

### Abitazione

Vive in:

Casa indipendente  Condominio  Altro \_\_\_\_\_

Se vive in un condominio, la produzione di acqua calda nel suo appartamento è

Autonoma  Condominiale  Non so

Tipo di caldaia

Ad accumulo  Boiler  Istantanea  Non so

L'acqua potabile è:

Municipale  Individuale (pozzo, sorgente...)

Se individuale: approvvigionamento da:

pozzo  sorgente  Misto  Non so

Ha fatto :

Bagno  Quante volte : \_\_\_\_\_

Doccia  Quante volte : \_\_\_\_\_

Si è lavato nel lavandino  Quante volte : \_\_\_\_\_

Bagno con idromassaggio Si  No

Se si, dove \_\_\_\_\_ quando \_\_\_\_\_

Utilizza un umidificatore domestico Si  No

Se si, di che tipo

Vapore caldo  Vapore freddo  Ultrasuoni  Sistema centralizzato

Ha un impianto di aria condizionata: Si  No

Se si, era in funzione nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi sono stati effettuati lavori idraulici a casa sua (scaldabagno, ventilazione, aria condizionata) ?

Si  No  Non ricordo

Ci sono state interruzioni nella fornitura d'acqua nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Ci sono lavori in corso vicino a casa sua?

Si  No  Non so

Se si \_\_\_\_\_ di che tipo (costruzione o scavi) \_\_\_\_\_  
A quale distanza approssimativamente \_\_\_\_\_

La sua casa è situata vicino a una fabbrica che emette pennacchi di fumo ?

Si  No  Non so

Se sì, che fabbrica è: \_\_\_\_\_

Ci sono torri di raffreddamento vicino a casa sua:

Si  No  Non so

Se sì, dove : \_\_\_\_\_

Commenti : \_\_\_\_\_

### Abitudini sociali

Luoghi frequentati nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi:

	Si	No	Non ricordo	Indirizzo e data
Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fontane, getti d'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parchi acquatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ristoranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Negozi, supermercati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Palestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Centro anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Commenti: \_\_\_\_\_

Ha l'abitudine di passeggiare/camminare? Si  No

Qual'è il suo percorso abituale? \_\_\_\_\_

Ha fatto lavori di giardinaggio o di scavo nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Ha innaffiato il giardino Si  No  Non ricordo

Ha utilizzato acqua sotto pressione Si  No  Non ricordo

Dove ha fatto la spesa nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? \_\_\_\_\_

Ci sono altre attività sociali o giornaliere a cui ha partecipato nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

### Viaggi, luogo di residenza

Ha effettuato qualche viaggio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Se sì, dove, con chi e in quale data: \_\_\_\_\_

Ha soggiornato in albergo/campeggio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Se sì, indicare il nome della struttura e la data di soggiorno : \_\_\_\_\_

Ha soggiornato a casa di qualcuno nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Se sì, dove e quando : \_\_\_\_\_

Altri commenti: \_\_\_\_\_