

**ДОКЛАД ЗА ВЕРОЯТЕН СЛУЧАЙ НА ЛЕГИОНЕЛОЗА
И ИЗПРАЩАНЕ НА МАТЕРИАЛ ЗА МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ**

*Цел на доклада: регистрацията на случая и неговото диагностициране или потвърждение
(попълва се само за пациенти, съмнителни за- или с диагноза легионелоза, на територията на Р България)*

| | |
|---|---|
| До НРЛ ООБИ- сектор ЛЛБ НЦЗПБ, 1233 София, бул. Генерал Столетов №44А Тел/факс: 02 831 91 25 iskra.tomova@gmail.com Отдел Епидемиология и надзор на заразните болести НЦЗПБ, 11504 София, бул. Янко Сакъзов №26 Тел/факс: 02 946 15 52 Lmarinova@ncipd.org | От..... име, длъжност Месторабота..... Адрес..... Тел: |
|---|---|

ДОКЛАДВА СЕ СЛУЧАЙ НА

(моля отбележете с X)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Легионерска болест | <input type="checkbox"/> Понтиак треска |
| <input type="checkbox"/> Асимптоматична легионелна инфекция | <input type="checkbox"/> Извънбелодробна форма: |

моля уточнете

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА СЛУЧАЙ № /№ се попълва в НЦЗПБ/

Три имена _____ пол: мъжки женски

Дата на раждане _____ години _____

Домашен адрес _____
код, град/село, област, улица, №

Професия _____ служебен адрес _____

ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

Дата на начало на симптомите _____ / ден, месец, година/

Наличие на пневмония : да не не е сигурно

Основни симптоми на заболяването: _____

Има ли данни за имunosупресия/ трансплантация? да не не е сигурно

Ако ДА, моля уточнете _____

Съпътстващи заболявания _____

Приет ли е в болница? _____ Дата _____

Изход: смърт (дата на смъртта.....) още болен оздравял не е сигурно

ВЕРОЯТЕН ВЪТРЕБОЛНИЧЕН СЛУЧАЙ

Диагноза при постъпване _____ дата на постъпване _____

Клиника _____

Ако пациента е преместен от друга болница, моля уточнете _____
(болница, клиника, време на престой от-до)

ВЕРОЯТЕН СЛУЧАЙ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ

Бил ли е пациента, през последните 14 дни преди началото на заболяване, изложен на рискови фактори на работното място и извън него?

да не не е известно Ако ДА, моля уточнете _____

ВЕРОЯТЕН СЛУЧАЙ СВЪРЗАН С ПЪТУВАНЕ

Пътувал ли е пациента с преспиване извън дома през последните 14 дни преди началото на заболяване? да не

Ако ДА, моля попълнете:

| Страна | Град / курорт | Акомодация: хотел /къмпинг/ кораб/друга (№ на стаята) | Дати на престой | |
|--------|---------------|---|-----------------|-----------|
| | | | Пристигнал | Отпътувал |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Тур оператор (ако е известен) _____

На какви рискови фактори е бил изложен пациента? _____

МАТЕРИАЛ ЗА МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ * , **

* При изпращане на водни проби, свързани с докладвания случай, се попълва допълнителна бланка
“Искане за изследване на водни проби за наличие на легионелни бактерии”

** За материали от “дихателна система” се уточнява вида на материала (те), за “аутопсионни материали” и “други материали” се описват накратко локализацията и патологичните променени на участъка, от който са взети.

| Клинични материали | Взет на | Изпратен на | Условия на съхранение |
|---------------------------|---------|-------------|-----------------------|
| От дихателна система: | | | |
| Урина | | | |
| Серум | | | |
| Аутопсионен материал: | | | |
| Други клинични материали: | | | |

Изпратил:

Приел:

Дата

Дата