

Legionellose

Bijlage I. Vragenlijst *Legionella*-pneumonie

VOORBLAD VRAGENLIJST LEGIONELLA-PNEUMONIE

Gegevens voor GGD	
Naam patiënt	
Geboortedatum/...../.....
Adres en Woonplaats	
Telefoon/ contactgegevens	
Naam behandelend arts	
Ziekenhuis / afdeling	
Naam interviewer	
Datum interview	
Heteroanamnese	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Geeft de patiënt toestemming voor het verstrekken van (anonieme) informatie aan RIVM/ BEL	Initialen en geboortedatum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee* Complete postcode <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee* Overige gegevens: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee * Zonder toestemming zal alleen het geboortjaar en de 4-cijferige postcode worden verstrekt. * Indien onbekend is er (juridisch) geen belemmering om de complete postcode te verstrekken.

Verwijder dit voorblad voor (vrijwillige) verzending van de vragenlijst

VRAGENLIJST LEGIONELLA-PNEUMONIE

Wilt u de informatie uit deze vragenlijst zo spoedig mogelijk overnemen in Osiris?

Na afronding kan de vragenlijst (vrijwillig) worden verzonden naar:

BEL, Streeklab Haarlem Boerhaavelaan 26 2035 RC Haarlem legionella@streeklabhaarlem.nl

Osiris-nummer:	GGD:
GGD-nummer:	Naam interviewer:

Persoonlijke gegevens	
Initialen patiënt	* indien toestemming
Geboortedatum/...../..... * zonder toestemming alleen geboortjaar
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Postcode Patiënt	----- * zonder toestemming alleen 4-cijferige postcode

VRAGEN AAN DE BEHANDELEND ARTS

Ziektegegevens	
Antwoorden (rechterkolom) overnemen in Osiris.	
Wat was de eerste ziektedag? *Eerste ziektedag is eerste dag met klinische pneumonie=koorts > 38,5 en hoesten of dyspnoe/...../.....
Is de patiënt opgenomen in het ziekenhuis? indien ja, vanaf:// datum ontslag//	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft (had) de patiënt een pneumonie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Is de pneumonie bevestigd met X-thorax?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Is patiënt ten gevolge van deze ziekte overleden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Indien ja: datum overlijden / /	

VRAGEN AAN DE BEHANDELEND ARTS OF ARTS-MICROBIOLOOG

Diagnostiek <i>Neem kweekvragen en alle positieve testuitslagen over in Osiris (rechterkolom).</i>	
Is kweek ingezet? afname datum/...../.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Uitslag kweek	<input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Positief, namelijk: Legionella type serogroep
Urineantigeentest _(legionella serogroep1) <input type="checkbox"/> Onbekend/niet gedaan <input type="checkbox"/> Negatief afname datum/...../.....	<input type="checkbox"/> Positief
PCR <input type="checkbox"/> Onbekend/niet gedaan <input type="checkbox"/> Negatief afname datum/...../.....	<input type="checkbox"/> Positief
DFA (= directe immunofluorescentie) <input type="checkbox"/> Onbekend/niet gedaan <input type="checkbox"/> Negatief afname datum/...../.....	<input type="checkbox"/> Positief
Serologie <input type="checkbox"/> Onbekend/niet gedaan <input type="checkbox"/> Negatief Naam laboratorium: 1e afnamedatum/...../..... waarde type test: IgG / IgM techniek: MAT / IFAT/ ELISA Bij viervoudige titerstijging of seroconversie: 2e afnamedatum/...../..... waarde type test: IgG / IgM techniek: MAT / IFAT/ ELISA	<input type="checkbox"/> eenmalig hoge titer <input type="checkbox"/> viervoudige titerstijging of seroconversie

Risicomomenten aangeven in tijdsbalk op pagina xx.

VRAGEN AAN DE PATIËNT

Risicofactoren	
<i>Neem de conclusie over in Osiris bij vraag 'Verhoogde vatbaarheid'.</i>	
1. Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nee, gestopt met roken <input type="checkbox"/> Nee, nooit gerookt
2. Heeft u een aandoening of ziekte van de longen/luchtwegen (gehad?) zoals: o COPD (asthma, longemfyseem) o longontsteking in het verleden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3. Heeft u een aandoening die de afweer tegen infecties vermindert? (hiv-besmetting, aids, immunodeficiëntie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4. Gebruikt u medicijnen die de afweer onderdrukken? (bijv. Prednison, chemotherapie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5. Heeft u een van de volgende aandoeningen: o chronische nierziekte o suikerziekte o orgaantransplantatie o verwijderde milt o een vorm van kanker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Eventuele opmerkingen over gezondheid:	

Woonomstandigheden*neem de gegevens (rechtterkolom) over in Osiris.*

6a. In welk type woning woont u?	<input type="checkbox"/> geen verblijf in eigen woning tijdens incubatietijd <input type="checkbox"/> eengezinswoning <input type="checkbox"/> appartement (complex) <input type="checkbox"/> aanleunwoning <input type="checkbox"/> verzorgingshuis <input type="checkbox"/> verpleeghuis <input type="checkbox"/> instelling gehandicapten <input type="checkbox"/> anders
6b. Indien verpleeghuis/instelling: naam instelling	postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr <input type="text"/>

Ziekenhuisopname vóór eerste ziektedag <i>Neem gegevens over in Osiris.</i>	
7a. Bent u in de 2 weken <u>voordat</u> u ziek werd in een ziekenhuis of andere zorginstelling opgenomen geweest?	<input type="checkbox"/> Ja, dagopname <input type="checkbox"/> Ja, ziekenhuisopname <input type="checkbox"/> Ja, andere zorginstelling <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
7b. Zo ja, wanneer Verblijf van: Verblijf tot:	
7c. Naam instelling Afdeling / kamernummer (indien bekend) Plaats Postcode	Postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr <input type="text"/>

Overnachtingen buiten de eigen woning <i>Bij verblijf in accommodatie wordt de melding aan ELDSNet door CIB verzorgd.</i>	
8. Heeft u in de <u>14 dagen</u> voorafgaand aan de eerste ziektedag overnacht buiten de eigen woning, bijvoorbeeld in een hotel? (Geen ziekenhuis/zorginstelling)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Zo ja, wanneer en waar?	
9. Verblijfplaats 1	
9a. Soort:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> appartement of vakantiehuisje <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> logeeraadres (privé) <input type="checkbox"/> eigen vakantiewoning of 2 ^e huis * 9b. <input type="checkbox"/> anders
9b* Indien eigen vakantiewoning of 2 ^e huis: Is er sprake van verhuur aan derden en/of gebruik van gezamenlijke faciliteiten (bijv. sanitair/ zwembad) bij een accommodatie?	<input type="checkbox"/> Ja, <i>vul ALLE verblijfsgegevens in.</i> <input type="checkbox"/> Nee, <i>vul postcode, plaats, land in.</i> <input type="checkbox"/> Onbekend
9c. Verblijf van Verblijf tot/...../...../...../.....
9d. Naam accommodatie: Nummer kamer/huisje (indien bekend) Adres Postcode Plaats Telefoonnummer (indien bekend) Land Touroperator (indien van toepassing)	

9e. Mogelijk contact met aerosolen anders dan badkamer van eigen kamer/ appartement/ caravan? (bijv. sauna, whirlpool, stranddouche)	
10 Verblijfplaats 2:	
10a. Soort verblijf:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> appartement of vakantiehuisje <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> logeeraadres (privé) <input type="checkbox"/> eigen vakantiewoning of 2 ^e huis * 10b. <input type="checkbox"/> anders
10b.* Indien eigen vakantiewoning of 2 ^e huis: Is er sprake van verhuur aan derden en/of gebruik van gezamenlijke faciliteiten (bijv. sanitair/ zwembad) bij een accommodatie?	<input type="checkbox"/> Ja, vul ALLE verblijfsgegevens in. <input type="checkbox"/> Nee, vul postcode, plaats, land in. <input type="checkbox"/> Onbekend
10c. Verblijf van Verblijf tot////
10d. Naam accommodatie: Nummer kamer/huisje (indien bekend) Adres Postcode Plaats Telefoonnummer (indien bekend) Land Touroperator (indien van toepassing)	
10e. Mogelijk contact met aerosolen anders dan badkamer van eigen kamer/ appartement/ caravan? (bijv. sauna, whirlpool, stranddouche)	
<i>Gebruik zonodig de ruimte laatste pagina. Neem alle verblijfplaatsen over in Osiris.</i>	

Mogelijke bronnen op het werk	
<i>Neem de gegevens (rechterkolom) over in Osiris.</i>	
11. Wat is uw beroep?	
12. Wat is de aard van uw werkzaamheden?	
13. Wat was de afgelopen 2 weken uw vaste of meest bezochte werkadres?	
14. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd op uw werk/in uw werksituatie gebruik gemaakt van een douche? Zo ja, waar:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee/onbekend postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr: <input type="text"/> <input type="text"/>
15. Bent u in de 2 weken voordat u ziek werd vanwege uw werk in contact geweest met aerosolen? Zo ja, waar: Toelichting contact aerosolen werk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee: Postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr: <input type="text"/> <input type="text"/>

Mogelijke bronnen en bezochte locaties in Nederland	
<i>Neem de locaties van de vragen die met JA zijn beantwoord over in Osiris (vraag...).</i>	
16. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd gebruik gemaakt van een douche in een sportgelegenheid ? Zo ja, waar:	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja: postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr <input type="text"/> <input type="text"/>
17. Bent u in de 2 weken voordat u ziek werd in een sauna geweest? Zo ja, waar:	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr <input type="text"/> <input type="text"/>
18. Heeft u zich in de 2 weken voordat u ziek werd gebruik gemaakt van een douche in een zonnebank/fitness/aerobicscentrum ? Zo ja, waar:	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja: postcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> huisnr <input type="text"/> <input type="text"/>

<p>19. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd gebruik gemaakt van een zwembad en/of douche bij een zwembad? Zo ja, waar:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja: postcode _____ huisnr</p>
<p>20. Bent u in de 2 weken voordat u ziek werd in een bubbelbad geweest? Zo ja, Was dit privé (bijvoorbeeld thuis of familie) of openbaar? Indien openbaar, waar:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja, privé <input type="checkbox"/> Ja, openbaar: postcode _____ huisnr</p>
<p>21. Bent u in de 2 weken voordat u ziek werd op een groot evenement geweest. Bijvoorbeeld een tentoonstelling, beurs of recreatiepark. Zo ja, waar: Omschrijving evenement:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja: postcode _____ huisnr </p>
<p>22. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd een tuincentrum bezocht? Zo ja, waar</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja postcode _____ huisnr</p>
<p>23. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd een plaats bezocht met een fontein/sproeinstallatie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja postcode _____ huisnr</p>
<p>24. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd uw auto gewassen in een autowasstraat?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja postcode _____ huisnr</p>
<p><i>Extra ruimte om meerdere bezochte lokaties te noteren</i></p>	
<p><i>Type locatie/bron:</i></p>	<p>postcode _____ huisnr</p>
<p><i>type locatie/bron:</i></p>	<p>postcode _____ huisnr</p>

Mogelijke bronnen tijdens overige activiteiten	
<i>Neem de activiteiten die met JA beantwoord zijn over in Osiris (vraag)</i>	
25. Op welke temperatuur staat de eventuele boiler of combiketel thuis afgesteld? Temp: Was de boiler defect in de afgelopen 14 dagen?	<input type="checkbox"/> Temp < 60°C of defect
26. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd uw centrale verwarming ontlucht?	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja
27. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd aan verwarming of waterleidingen geklust?	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja
28. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd in de tuin gewerkt / contact gehad met tuinaarde of potgrond?	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja
29. Heeft u in de 2 weken voordat u ziek werd gebruik gemaakt van bijvoorbeeld een plantenspuit, tuinslang of hogedrukspuit?	<input type="checkbox"/> Nee/onbekend <input type="checkbox"/> Ja
30. Overige risicovolle activiteiten?	

Overige	
31. Kent u mensen in uw directe omgeving die recent met een longontsteking zijn opgenomen in het ziekenhuis? Zo ja, welk ziekenhuis? Woonplaats van deze patiënt? Toelichting:	
32. Heeft u zelf een idee waar u mogelijk de Legionella-pneumonie heeft opgelopen? Zo ja, omschrijving: Waar: Postcode en huisnummer:	

ZIEKTEBELOOP EN EXPOSITIE AAN MOGELIJKE BRONNEN

Datum	Ziekte verschijnselen	Incubatietijd (dagen)	Expositie mogelijke bron
		14	
		13	
		12	
		11	
		10	
		9	
		8	
		7	
		6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
	Eerste ziektedag	0	

CONCLUSIES GGD**Bronnen en gerelateerde patiënten***Neem de gegevens over in Osiris*

Waar bevinden zich de mogelijke bronnen?	<i>Meer dan 1 antwoord mogelijk</i> <input type="checkbox"/> eigen woonplaats <input type="checkbox"/> eigen GGD-regio <input type="checkbox"/> andere GGD-regio <input type="checkbox"/> buitenland
Wat is de meest waarschijnlijk bron?	
Zijn er gerelateerde ziektegevallen met een vermoedelijke of bewezen legionella-pneumonie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Zo ja: relatie andere ziektegevallen	<input type="checkbox"/> gezin <input type="checkbox"/> reisgenoot <input type="checkbox"/> geografische cluster <input type="checkbox"/> instelling <input type="checkbox"/> werk <input type="checkbox"/> overig

BEMONSTERING

Zal bemonstering worden uitgevoerd in eigen GGD-regio? Zo ja, welke bronnen en door welke instantie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, door BEL <input type="checkbox"/> Ja, door andere instantie:
Worden bronnen bemonsterd in andere regio's? Zo ja, welke GGD-regio('s)?	

Neem uitkomst bemonstering over in Osiris.

Uitkomst bemonstering:	<input type="checkbox"/> Geen bemonstering gedaan
Werd legionella aangetoond?	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja bij welke bron?	<input type="checkbox"/> Ja, door middel van kweek type: serogroep: KVE:/L
	<input type="checkbox"/> Ja, door middel van PCR species:

Wilt u isolaten van Legionella verkregen uit bemonstering ook laten opsturen naar BEL?

Extra pagina verblijfplaatsen: in te voeren in Osiris	
Verblijfplaats	
a. Soort verblijf:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> appartement of vakantiehuisje <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> logeerafres (privé) <input type="checkbox"/> eigen vakantiewoning of 2 ^e huis * b. <input type="checkbox"/> anders
b* Indien eigen vakantiewoning of 2 ^e huis: Is er sprake van verhuur aan derden en/of gebruik van gezamenlijke faciliteiten (bijv. sanitair/ zwembad) bij een accommodatie?	<input type="checkbox"/> Ja, vul ALLE verblijfsgegevens in. <input type="checkbox"/> Nee, vul postcode, plaats, land in. <input type="checkbox"/> Onbekend
c. Verblijf van Verblijf tot////
d. Naam accommodatie: Nummer kamer/huisje (indien bekend) Adres Postcode Plaats Telefoonnummer (indien bekend) Land Touropereator (indien van toepassing)	
e. Mogelijk contact met aerosolen anders dan badkamer van eigen kamer/ appartement/ caravan? (bijv. sauna, whirlpool, stranddouche)	
Verblijfplaats	
a. Soort verblijf:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> appartement of vakantiehuisje <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> logeerafres (privé) <input type="checkbox"/> eigen vakantiewoning of 2 ^e huis * b. <input type="checkbox"/> anders
b.* Indien eigen vakantiewoning of 2 ^e huis: Is er sprake van verhuur aan derden en/of gebruik van gezamenlijke faciliteiten (bijv. sanitair/ zwembad) bij een accommodatie?	<input type="checkbox"/> Ja, vul ALLE verblijfsgegevens in. <input type="checkbox"/> Nee, vul postcode, plaats, land in. <input type="checkbox"/> Onbekend
c. Verblijf van Verblijf tot////
d. Naam accommodatie: Nummer kamer/huisje (indien bekend) Adres Postcode	

	Plaats Telefoonnummer (indien bekend) Land Touroperator (indien van toepassing)	
e.	Mogelijk contact met aerosolen anders dan badkamer van eigen kamer/ appartement/ caravan? (bijv. sauna, whirlpool, stranddouche)	
Verblijfplaats		
a.	Soort verblijf:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> appartement of vakantiehuisje <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> logeerafres (privé) <input type="checkbox"/> eigen vakantiewoning of 2 ^e huis * b. <input type="checkbox"/> anders
b*	Indien eigen vakantiewoning of 2 ^e huis: Is er sprake van verhuur aan derden en/of gebruik van gezamenlijke faciliteiten (bijv. sanitair/ zwembad) bij een accommodatie?	<input type="checkbox"/> Ja, vul ALLE verblijfsgegevens in. <input type="checkbox"/> Nee, vul postcode, plaats, land in. <input type="checkbox"/> Onbekend
c.	Verblijf van Verblijf tot////
d.	Naam accommodatie: Nummer kamer/huisje (indien bekend) Adres Postcode Plaats Telefoonnummer (indien bekend) Land Touroperator (indien van toepassing)	
e.	Mogelijk contact met aerosolen anders dan badkamer van eigen kamer/ appartement/ caravan? (bijv. sauna, whirlpool, stranddouche)	
Verblijfplaats		
a.	Soort verblijf:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> appartement of vakantiehuisje <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> logeerafres (privé) <input type="checkbox"/> eigen vakantiewoning of 2 ^e huis * b. <input type="checkbox"/> anders
b.*	Indien eigen vakantiewoning of 2 ^e huis: Is er sprake van verhuur aan derden en/of gebruik van gezamenlijke faciliteiten (bijv. sanitair/ zwembad) bij een accommodatie?	<input type="checkbox"/> Ja, vul ALLE verblijfsgegevens in. <input type="checkbox"/> Nee, vul postcode, plaats, land in. <input type="checkbox"/> Onbekend
c	Verblijf van Verblijf tot////

d. Naam accommodatie: Nummer kamer/huisje (indien bekend) Adres Postcode Plaats Telefoonnummer (indien bekend) Land Touroperator (indien van toepassing)	
e. Mogelijk contact met aerosolen anders dan badkamer van eigen kamer/ appartement/ caravan? (bijv. sauna, whirlpool, stranddouche)	