

**Afdeling Preventie**

**Team Infectieziektebestrijding en vaccinatie**

Adres:

[www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)

**Vragenlijst legionellose**

Beste,

Wij werden door uw arts geïnformeerd over de longontsteking (legionellose) die bij u is vastgesteld.

Legionellose is een meldingsplichtige infectieziekte die opgelopen kan worden via het inademen van kleine waterdruppeltjes, beladen met Legionella kiemen.

Met deze vragenlijst trachten we de mogelijke bron van de besmetting op te sporen, zo kunnen we voorkomen dat ook andere mensen worden blootgesteld en mogelijks ook ziek worden door diezelfde bron.

De tijd tussen de blootstelling en ziek worden is meestal niet langer dan twee weken.   
De vragen gaan dus over **de twee weken voordat u ziek werd**.

Meer informatie over legionellose kan u vinden in volgende brochure:

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/folder-legionella>

We wensen u nog een spoedig herstel toe !

Wanneer u de vragenlijst volledig heeft ingevuld, stuur deze dan terug via bijgevoegde portvrije omslag of via mail.

Voor info kan u bellen naar telefoon

Mailen kan ook via :

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Met vriendelijke groet,

Contactpersoon:

Contactgegevens :



**Persoonlijke gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Familie- en voornaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres: |  |
| *Indien u verblijft in een instelling: specifieer:* | Naam:  Straat:  Huisnummer:  Postcode en plaats:  Eventueel kamernummer: |
| Telefoonnummer |  |
| Geslacht | man  vrouw  anders |
| Naam huisarts |  |
| Telefoonnummer huisarts |  |

# **Ziektebeeld**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat was uw eerste ziektedag? | op / /  onduidelijk, verklaring: ……………………………………………………………… |
| Welke klachten had u? | longonsteking  hoofdpijn  grieperig gevoel  verwardheid  koorts  maagdarmklachten  hoest  andere: spierpijn, gewrichtspijn |
| Bent u hiervoor opgenomen in het ziekenhuis? | nee  ja  Indien ja, specifieer:   |  |  | | --- | --- | | Datum opname:  Datum ontslag: | .. / .. / ….  .. / .. / …. | | Naam ziekenhuis: |  | | Naam specialist: |  | |

# **Risicofactoren**

|  |  |
| --- | --- |
| roken  chronisch longlijden (zoals COPD, astma, longemfyseem)  chronische nierziekte  (ex-)kankerpatiënt | immuniteitsstoornissen[[1]](#footnote-2) of gebruik van medicatie die afweer beïnvloeden?  diabetes (suikerziekte)  frequent alcoholgebruik  geen gekende gezondheidsproblemen |

# **Bronbevraging**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deze vragen gaan over uw verblijf en uw activiteiten in de **2 WEKEN** voor u ziek werd: | | |  |
| **Waar verbleef u (inclusief werk) in de 2 WEKEN voor u ziek werd (combinatie aankruisen is mogelijk):**   |  |  | | --- | --- | | Thuis of gelijkwaardige situatie | In welk type woning woont u?  individuele woning  appartement  internaat  zorginstelling/WZC/VAPH  revalidatiecentrum  Andere: huis landelijk  Is de temperatuur van de warmwatervoorziening op minimum 60 °C afgesteld? (u kan dit aflezen op uw boiler)  ja  nee  weet het niet  Wat is het type van warmwatervoorziening? Boiler van 100L  Doorstroomboiler  Reservoir/voorraadboiler  Zonneboiler  Warmtepompboiler  Andere, nl:  Weet het niet  Indien u in een appartement woont, is er een gemeenschappelijk gebruik van warmwatervoorziening? (circulaire leidingen)  ja  Indien ja: zijn er meer dan 15 appartementen in het gebouw? ……..  nee  weet het niet | | Werk | Beroep:  Aard werkzaamheden:  Werkt u op een vast werkadres:  ja:  naam bedrijf:……………………………………………………………………..  adres: ………………………………………………………………………………..  nee:  ik werkte op verplaatsing:  adres1: …………………………………………………………………..............  adres2: ………………………………………………………………………………. | | Overnachting in een ziekenhuis/zorginstelling | Naam van het ziekenhuis/instelling:  Datum van opname: …/…./…. Datum van ontslag: …/…./….  Kamernummer: | | Overnachting buitenshuis (bv. reis) | **Georganiseerde reis via een touroperator? Indien ja, naam en adres van de touroperator:**  **…………………………………………………………………………………………………**  **Zijn er reisgenoten met gelijkaardige klachten?**  ja  nee  weet het niet  **Verblijfplaats 1:** Van … /…./…. tot … /…. /….  Naam verblijf:  Adres:  Kamernummer:  **Is dit een privé-eigendom?**  nee  ja  **Verblijfplaats 2:** Van … /…. /…. tot … / …./ ….  Naam verblijf:  Adres:  Kamernummer:  **Is dit een privé-eigendom?**  nee  ja  **Verblijfplaats 3:** Van …/…./…. tot …/…./….  Naam verblijf:  Adres:  Kamernummer:  **Is dit een privé-eigendom?**  nee  ja  Aanvullende vraag: nam u als eerste een douche bij thuiskomst? ☐ nee ☐ ja  Indien meer dan 3 verblijfplaatsen mag u op de achterzijde of onderaan verder aanvullen. |   **Werd u in de 2 weken voor u ziek werd, blootgesteld aan verneveling/water/waterdruppels (combinatie aankruisen is mogelijk):**   |  |  | | --- | --- | | Douche of douchekop | thuis  werk  ziekenhuis/zorginstelling  buitenshuis (bv. op reis)  dagcentrum zorginstelling, naam & adres? ……………………………………….  sportcentrum, naam & adres? …………………………………………………………  zwembad, naam & adres? ……………………………………………………………….  wellnesscentrum, naam & adres? ……………………………………………………..  kapper, naam & adres?  andere, specifieer:  ………………………………………………………………………………………………… | | Sauna/jacuzzi/whirlpool/ stoombad | thuis  privé (bv. bij vrienden):  Openbaar: naam & adres? ………………………………………………………………………………………………….  expo of handelsbeurs: naam & adres?  …………………………………………………………………………………………………… | | Airco met waterkoeling | thuis  werk  ziekenhuis/zorginstelling  buitenshuis (bv. op reis)  dagcentrum zorginstelling, naam & adres? ……………………………………….  sportcentrum, naam & adres? …………………………………………………………  zwembad, naam & adres? ……………………………………………………………….  winkelcentrum, naam & adres? ………………………………………………………..  expo of handelsbeurs, naam & adres? ………………………………………………………..  andere, specifieer:  ………………………………………………………………………………………………… | | Fontein: | adres? | | Verneveling via besproeien van sport- en andere velden | naam & adres? | | Verneveling van groenten of planten in een winkel of tuincentrum | naam & adres? | | Bent/woont u in de buurt geweest van: | industrieterrein, adres? …………………………………………………………  koeltoren: adres? ………………..…………………………………………………  waterzuiveringsstation:  adres? ……………………………………..……………………………………………… | | Bent u naar één van volgende plaatsen geweest: | groot winkelcentrum, naam & adres? ………………………………………………….  recreatiepark/waterspeeltuin, naam & adres?  ……………………………………………………………………………………………………  carwash of wasstraat voor vrachtwagens, naam & adres?  ……………………………………………………………………………………………………  tandarts:  waar? | | CPAP-apparaat met waterreservoir voor aerosoltherapie | Type apparaat? | | Tuinslang of hogedrukreiniger: | Waar? | | Potgrond of compost: | Waar? |  **Overige**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Kent u mensen in uw directe omgeving die recent met een longontsteking zijn opgenomen in het ziekenhuis? | ja  nee  Indien ja, specifieer:   |  |  | | --- | --- | | In welk ziekenhuis? |  | | Kan u ons de contactgegevens geven van deze perso(o)n(en): | | | Persoon 1:  Persoon 2: | Naam:  Adres:  Telefoonnr:  Naam:  Adres:  Telefoonnr: | | | | Heeft u zelf een idee waar u mogelijk de legionella heeft opgelopen? | | ja  nee  Indien ja, specifieer:   |  |  | | --- | --- | | Wanneer: | .. / .. / …. | | Omschrijving: |  | |   **Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst !**  **--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**  **IN TE VULLEN DOOR DEPARTEMENT ZORG:**  **Weerhouden bronnen voor verder onderzoek**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | adres | kamernr | plaats | | Bron 1 |  |  |  | | Bron 2 |  |  |  | | Bron 3 |  |  |  | |  |  |  |

1. Aandoening of medicatie die afweer tegen ziekte vermindert, orgaantransplantatie, verwijderde milt [↑](#footnote-ref-2)