



# Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb einer Woche an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

## Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Verdachtsdiagnose:  sporadische CJD  iatrogene CJD  familiäre CJD  variante CJD  GSS  FFI  keine alternative Diagnose

Manifestation:  Beginn mit psychiatrischen Symptomen  progrediente Demenz  progrediente psychiatrische Symptome  schmerzhafte, sensorische Symptome

Myoklonien  visuelle oder zerebelläre Störungen  pyramidale oder extrapyramidale Symptomatik  akinetischer Mutismus

andere: \_\_\_\_\_  unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  Dauer > 6 Monate  unbekannt

Resultat: 14-3-3 Proteine:  neg.  pos.  unbekannt

EEG:  unauffällig  abnorm<sup>b</sup>  CJD typisch

MRI:  unauffällig  abnorm<sup>b</sup>  CJD typisch  vCJD typisch

Genscreening:  unauffällig  abnorm<sup>b</sup>  CJD typisch

Biopsie:  unauffällig  abnorm<sup>b</sup> Probeentnahmeort: \_\_\_\_\_

Neurohistopathologie:  unauffällig  abnorm<sup>b</sup> Probeentnahmeort: \_\_\_\_\_

## Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Exposition

### Mögliche Exposition des Patienten im medizinischen Bereich

Dura mater Transplantat  Corneatransplantate  Hypophysenextrakte  erhaltene Blutprodukte Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

neurochirurgischer Eingriff mit wiederverwendbaren Instrumenten Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

anderer chirurgischer Eingriff mit wiederverwendbaren Instrumenten Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Endoskopie Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Familiäres Risiko

Verwandtschaft 1. Grades zu whs./definitiver CJD  unbekannt

### Mögliche Expositionen anderer Personen

Blutspende Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Organspende: Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> Bitte Befundkopie oder Einzelheiten auf der Rückseite anfügen