



# Maladie de Creutzfeldt-Jakob

## Déclaration complémentaire

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

Date de décès: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Diagnostic définitif après décès:  CJD sporadique

CJD iatrogène

CJD familiale

variante CJD

Diagnostic confirmé par autopsie ou biopsie du cerveau:  oui, au centre national pour les maladies à prions

non, pas de CJD

non, pas effectué

### Mesures prises

.....

.....

.....

.....

.....

### Remarques

**Médecin** nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>