



Maladie de Creutzfeldt-Jakob

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/localité: _____ canton: ___ tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic présumé: CJD sporadique CJD iatrogène CJD familiale variante CJD GSS FFI aucun diagnostic alternatif

Manifestation: début avec des symptômes psychiatriques démence progressive symptômes psychiatriques progressifs symptômes sensoriels douloureux

myoclonies troubles visuels ou cérébelleux symptomatologie pyramidale ou extrapyramidale mutisme akinétique

autres: _____ inconnu

Début des manifestations: date: ___/___/___ durée > 6 mois inconnu

Résultat: Protéine 14-3-3: nég. pos. inconnu

EEG: sans particularité anormal^b CJD typique

MRI: sans particularité anormal^b CJD typique vCJD typique

Screening génétique: sans particularité anormal^b CJD typique

Biopsie: sans particularité anormal^b lieu du prélèvement: _____

Neurohistopathologie: sans particularité anormal^b lieu du prélèvement: _____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/___ date de sortie: ___/___/___ décès, date: ___/___/___

Exposition

Risques possibles d'exposition dans le milieu médical

transplantation de dure-mère transplantation de cornée extrait de l'hypophyse produit de sang reçu année: _____ lieu: _____
 intervention neurochirurgicale avec des instruments réutilisables année: _____ lieu: _____
 d'autres interventions chirurgicales avec des instruments réutilisables année: _____ lieu: _____
 endoscopie année: _____ lieu: _____

Risque familial

parenté de premier degré à un cas probable/confirmé de MCJ inconnu

Exposition possible pour d'autres personnes

a donné du sang année: _____ lieu: _____
 a donné des organes: si oui, lesquels: _____ année: _____ lieu: _____

Remarques

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____

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

^b s.v.p. détails ou copie du résultat ou verso