



Si prega di rispedire completato  
entro 7 giorni al medico cantonale  
(non direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

# Malattia di Creutzfeldt-Jakob

Dichiarazione complementare

## Paziente

cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m

data del decesso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## Diagnostica e manifestazione

- Diagnosi definitiva dopo decesso:
- CJD sporadica
  - CJD iatrogena
  - CJD familiare
  - variante CJD

- Diagnosi confermata da autopsia o biopsia del cervello:
- sì, al centro nazionale per le malattie da prioni
  - no, nessun CJD
  - no, non effettuata

## Misure prese

.....

.....

.....

.....

.....

## Osservazioni

**Medico** nome, indirizzo, tel./fax (o timbro):

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

## Medico cantonale

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>