



# 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).<sup>a</sup>

### 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<sup>b</sup>  CJD typique  
MRI:  sans particularité  anormal<sup>b</sup>  CJD typique  vCJD typique  
Screening génétique:  sans particularité  anormal<sup>b</sup>  CJD typique  
Biopsie:  sans particularité  anormal<sup>b</sup> lieu du prélèvement: \_\_\_\_\_  
Neurohistopathologie:  sans particularité  anormal<sup>b</sup> 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: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> s.v.p. détails ou copie du résultat ou verso