



Maladie de Creutzfeldt-Jakob

Déclaration complémentaire

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

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: _____

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