



# Malattia di Creutzfeldt-Jakob

Dichiarazione sui risultati clinici

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

## Paziente

cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sesso:  f  m  
indirizzo: \_\_\_\_\_ NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

## Diagnostica e manifestazione

diagnosi di sospetto:  CJD sporadica  CJD iatrogena  CJD familiare  variante CJD  GSS  FFI  nessuna diagnosi alternativa

manifestazione:  inizio con problemi psichiatrici  demenza progressiva  sintomi psichiatrici progressivi  sintomi sensoriali dolorosi  
 mioclonia  disturbi visivi o cerebellari  sintomatologia piramidale o extrapiramidale  mutismo acinetico  
 altre: \_\_\_\_\_  non noto

inizio della manifestazione: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  durata > 6 mesi  non noto

risultato: Proteina 14-3-3:  neg.  pos.  non noto  
EEG:  normale  anomalo<sup>b</sup>  CJD tipico  
MRI:  normale  anomalo<sup>b</sup>  CJD tipico  vCJD tipico  
screening genetico:  normale  anomalo<sup>b</sup>  CJD tipico  
biopsia:  normale  anomalo<sup>b</sup> luogo del prelievo: \_\_\_\_\_  
neuroistopatologico:  normale  anomalo<sup>b</sup> luogo del prelievo: \_\_\_\_\_

## Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data d'uscita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  data del decesso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Esposizione

### possibile esposizione in ambito medico

trapianto di dura madre  trapianto di cornea  estratti dell'ipofisi  emopreparati anno: \_\_\_\_\_ località: \_\_\_\_\_  
 intervento neurochirurgico con strumenti riutilizzabili anno: \_\_\_\_\_ località: \_\_\_\_\_  
 altri interventi chirurgici con strumenti riutilizzabili anno: \_\_\_\_\_ località: \_\_\_\_\_  
 endoscopia anno: \_\_\_\_\_ località: \_\_\_\_\_

### rischio familiare

parentela diretta per un caso probabile/confermato di CJD  non noto

### rischio di esposizione per terzi

donatore di sangue anno: \_\_\_\_\_ località: \_\_\_\_\_  
 dono d'organi: se sì, quale?: \_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_ località: \_\_\_\_\_

## Osservazioni

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

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

## Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> p.f. aggiungere dettagli sul verso o allegare fotocopia