



Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb einer Woche an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Verdachtsdiagnose: ☐ sporadische CJD ☐ iatrogene CJD ☐ familiäre CJD ☐ variante CJD ☐ GSS ☐ FFI ☐ keine alternative Diagnose

Manifestation: ☐ Beginn mit psychiatrischen Symptomen ☐ progrediente Demenz ☐ progrediente psychiatrische Symptome ☐ schmerzhafte, sensorische Symptome
☐ Myoklonien ☐ visuelle oder zerebelläre Störungen ☐ pyramidale oder extrapyramidale Symptomatik ☐ akinetischer Mutismus
☐ andere: _____ ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ Dauer > 6 Monate ☐ unbekannt

Resultat: 14-3-3 Proteine: ☐ neg. ☐ pos. ☐ unbekannt

EEG: ☐ unauffällig ☐ abnorm^b ☐ CJD typisch

MRI: ☐ unauffällig ☐ abnorm^b ☐ CJD typisch ☐ vCJD typisch

Genscreening: ☐ unauffällig ☐ abnorm^b ☐ CJD typisch

Biopsie: ☐ unauffällig ☐ abnorm^b Probeentnahmeort: _____

Neurohistopathologie: ☐ unauffällig ☐ abnorm^b Probeentnahmeort: _____

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ Austrittsdatum: ____/____/____ ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Exposition

Mögliche Exposition des Patienten im medizinischen Bereich

☐ Dura mater Transplantat ☐ Corneatransplantate ☐ Hypophysen-extrakte ☐ erhaltene Blutprodukte Jahr: _____ Ort: _____
☐ neurochirurgischer Eingriff mit wiederverwendbaren Instrumenten Jahr: _____ Ort: _____
☐ anderer chirurgischer Eingriff mit wiederverwendbaren Instrumenten Jahr: _____ Ort: _____
☐ Endoskopie Jahr: _____ Ort: _____

Familiäres Risiko

☐ Verwandtschaft 1. Grades zu whs./definitiver CJD ☐ unbekannt

Mögliche Expositionen anderer Personen

☐ Blutspende Jahr: _____ Ort: _____
☐ Organspende: Wenn ja, welche? _____ Jahr: _____ Ort: _____

Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): _____

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____ Datum: ____/____/____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b Bitte Befundkopie oder Einzelheiten auf der Rückseite anfügen