



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 extrapyramida le 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 Probeentnahmehort: _____

Neurohistopathologie: unauffällig abnorm^b Probeentnahmehort: _____

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