



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).^a

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^b ☐ CJD typique
MRI: ☐ sans particularité ☐ anormal^b ☐ CJD typique ☐ vCJD typique
Screening génétique: ☐ sans particularité ☐ anormal^b ☐ CJD typique
Biopsie: ☐ sans particularité ☐ anormal^b lieu du prélèvement: _____
Neurohistopathologie: ☐ sans particularité ☐ anormal^b 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.(ou timbre): _____

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____ date: ____/____/____

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

^b s.v.p. détails ou copie du résultat ou verso