



## Déclaration des maladies infectieuses Creutzfeldt-Jacob

**Avis important :** Le formulaire dûment rempli, daté et signé est à envoyer à la Division de l'Inspection Sanitaire à l'adresse figurant dans l'en-tête.



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://adobe.com).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin\* :

Nom\* :

Prénom\* :

Spécialité\* :

#### Adresse professionnelle

Numéro\* :

Rue\* :

Code postal\* :

Localité\* :

Pays\* :

#### Contact du médecin

Téléphone :

Adresse e-mail :

#### Signature du médecin

Fait à\* :

Le\* :

(signature)



## 2. Patient

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Signalétique du patient

Numéro d'identification national :

(Matricule)

ou pas de numéro d'identification national

Nom actuel\* :

Prénom\* :

Date de naissance :

Âge :

ans

Sexe :

Homme

Femme

Autre

Profession :

### Adresse du patient

Numéro\* :

Rue\* :

Code postal\* :

Localité\* :

Pays\* :

### Contact du patient

Téléphone :

Adresse e-mail :

Patient mineur ou inapte ?

Oui

Non

### Contact tuteur/tutrice

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse e-mail :



### 3. Informations sur la maladie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Critères cliniques

Nom de la maladie\* :

#### Informations générales sur la maladie

Classification :

Probable

Possible

Confirmé

Inconnu

Date du diagnostic\* :

Traitement démarré :

Oui

Non

Non applicable

Inconnu

Hospitalisation :

Oui

à l'Hôpital/Clinique\* :

Non

du\* :

au\* :

Statut vital :

En vie

Décédé suite à la maladie

Décédé suite à une cause différente

Date du décès :

Remarques du médecin :



## 4. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Informations spécifiques à la maladie

Diagnostic présumé :

- MCJ sporadique   
  MCJ iatrogène   
  MCJ familiale   
  Variante MCJ   
  Syndrome de Gertsman Straussler Scheinker  
 Insomnie fatale familiale   
  Autre :

Diagnosics différentiels ont été exclus :  Oui  Non

Date début des premiers symptômes : Jour :  Mois :  Année :

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique   
  Apathie   
  Ataxie   
  Chorée   
  Démence  
 Dystonie   
  Mutisme akinétique   
  Myoclonies   
  Symptomatologie pyramidale ou extrapyramidale  
 Symptômes psychiatriques précoces   
  Symptômes sensoriels douloureux persistants  
 Troubles visuels ou cérébelleux   
  Inconnu  
 Autre :

Durée des manifestations (en mois) :   Inconnu

### Risque d'exposition

| Risque n° | Valeur (a-h) | Autres Interventions | Lieu | Année |
|-----------|--------------|----------------------|------|-------|
| 1         |              |                      |      |       |
| 2         |              |                      |      |       |
| 3         |              |                      |      |       |
| 4         |              |                      |      |       |
| 5         |              |                      |      |       |
| 6         |              |                      |      |       |

a=Transplantation de la dure-mère, b=Transplantation de la cornée, c=Exposition à des hormones hypophysaires humaines, d=Traité aux produits de plasma humain, e=Intervention neurochirurgicale, f=Endoscopie, g=Cas probable ou confirmé de MCJ dans la famille, h=Evidence d'une forme génétique d'encéphalopathie spongiforme transmissible



## 5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Critères de diagnostic

| Critère   | Valeur  | Date                 |
|---|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> EEG  | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atypique <input type="checkbox"/> Typique <input type="checkbox"/> Inconnu   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Protéine 14-3-3 ou Tau (LCR)   | <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Inconnu   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> IRM  | <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Inconnu  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Biopsie de l'amygdale pharyngée  | <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Inconnu  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Analyse génétique : présence d'une mutation du gène PNRP 129             | <input type="checkbox"/> Methionine-methionine homozygote mutation<br><input type="checkbox"/> Methionine-valine heterozygote mutation <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Inconnu<br><input type="checkbox"/> Valine-valine homozygote mutation | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mise en évidence dans le cerveau de protéine prion pathologique (PrPres) | <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Typique <input type="checkbox"/> Inconnu<br><input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Examen neuropathologique du cerveau                                      | <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu  | <input type="text"/> |

Lieu de naissance :  Inconnu

Localité :

Pays :

Autres résidences (Durée > 6mois) que le lieu de naissance et le lieu de résidence actuel :

| Résidence n° | Pays | Localité | Année arrivée | Année départ |
|--------------|------|----------|---------------|--------------|
| 1            |      |          |               |              |
| 2            |      |          |               |              |
| 3            |      |          |               |              |
| 4            |      |          |               |              |
| 5            |      |          |               |              |
| 6            |      |          |               |              |