



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.

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 :

Diagnos différentiels ont été exclus : Oui Non

Date début des premiers symptômes : 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 PNP 129	<input type="checkbox"/> Methionine-methionine homozygote mutation <input type="checkbox"/> Methionine-valine heterozygote mutation <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Inconnu <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 <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				