RESEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MALADIES DE CREUTZFELDT-JAKOB ET MALADIES APPARENTEES

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Sexe : M F |_|_|_|_|_|_|
J M A N° Identification

Commune de RESIDENCE : …… |_|_|_|_|_|_|

Commune de NAISSANCE : …… |_|_|_|_|_|_|
Ou numéro de sécurité sociale

DATE PREMIERS SIGNES de la maladie : |_|_| |_|_|_|_|
Mois Année

Dernière profession exercée : .....

En dehors de l'hospitalisation, le patient est-il suivi par un médecin traitant oui non

→ Si oui Docteur (nom, prénom) : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Tel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

BILAN DE FIN D'HOSPITALISATION :

Retour au domicile **Transfert autre établissement** **Décès**

DATE de fin d'hospitalisation ou décès : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
J M A

Si transfert vers un autre établissement, lequel (nom, adresse) :

……

Si décès, autopsie : Non Oui

Si oui, coordonnées du laboratoire de neuropathologie :

……..

SIGNES PRESENTS A LA FIN DE L'HOSPITALISATION OU DE LA MALADIE

1 – Troubles intellectuels	**Oui**	**Non**
2 – Myoclonies	**Oui**	**Non**
3 – Syndrome cérébelleux	**Oui**	**Non**
4 – Troubles visuels	**Oui**	**Non**
5 – Syndrome pyramidal	**Oui**	**Non**
6 – Syndrome extra-pyramidal	**Oui**	**Non**
7 – Mutisme akinétique	**Oui**	**Non**

8 – Crises d'épilepsie **Oui** **Non**

9 – Troubles du sommeil **Oui** **Non**

10 – Troubles d'allure psychiatrique **Oui** **Non**

11 – Douleurs diffuses **Oui** **Non**

EEG Normal Ralenti Pseudo-périodique Périodique non fait

LCR : protéine 14.3.3 Positive Négative Douteuse non fait

IRM : hypersignaux Non Oui non fait

Si oui, localisation(s) A) **Noyau caudé Putamen** B) **Cortex** C) **Thalamus**

Cicatrice d'appendicectomie Présente Absente non recherchée

Amygdales Présente Absente non recherchée

VOTRE DIAGNOSTIC DE FIN D'HOSPITALISATION :

Maladie de Creutzfeldt-Jakob

Autre diagnostic (en clair) ……..

Biopsie amygdale : **Non** **Oui**

Si oui, présence de PrP : **Non** **Oui** **Douteux**

Biopsie cérébrale : **Non** **Oui**

Examen du gène de la protéine prion : **Non** **Oui**

Si oui, codon 129 **Met-Met** **Val-Val** **Met-Val**

Mutation : **Non** **Oui** **Non recherchée :**

Si mutation, laquelle : ……

Pouvez-vous nous renvoyer cette fiche à l'adresse ci-dessous. Merci de votre collaboration.

Réseau National de Surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
Dr Jean-Philippe Brandel
Groupe Hospitalier de la Pitié – Salpêtrière
47 – 83 Bd de l'Hôpital
75651 – PARIS CEDEX 13