

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Si notification par un biologiste
Nom :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :

Maladie à déclaration obligatoire
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob
cerfa 12209
Syndrome de Gertsman Straussler-Scheinker
insomnie fatale familiale

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation du cas ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance :

Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

Sexe : M F Année de naissance : Département du domicile du patient :

Suspicion reposant sur :

L'apparition récente et l'évolution progressive sans rémission : oui non
D'au moins un signe neurologique : oui non
Avec des troubles intellectuels ou psychiatriques : oui non
Après élimination de toute autre cause (ou en cours) : oui non

Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob
Syndrome de Gertsman Straussler-Scheinker
insomnie fatale familiale
Critères de notification : le diagnostic doit être suspecté en présence d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission d'au moins un signe neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques après élimination de toute autre cause.

S'agit-il d'une suspicion de :

MCJ sporadique : oui non ne sait pas
vMCJ : oui non ne sait pas
MCJ génétique : oui non ne sait pas
MCJ iatrogène : oui non ne sait pas

Si traitement par hormone de croissance extractive entre 1983 et 1988 : année de début : année de fin :

Date d'apparition des premiers symptômes de la maladie (mois et année) :

Hospitalisation :

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : oui non
Si oui, date de première hospitalisation :
Lieu (nom de l'hôpital et commune) :

Don de sang, de cellules, tissus ou organes (quelle que soit la période de sa vie) : d'après le patient ou ses proches

Le patient a-t-il été donneur de sang : oui non
Si oui, date du dernier don :
Lieu du dernier don (code postal et nom de la commune) :
Code postal : Commune :
Le patient a-t-il été donneur de cellules, tissus ou organes : oui non
Si oui, date du dernier don :
Lieu du prélèvement (établissement, code postal et nom de la commune) :
Établissement :
Code postal : Commune :

Interventions chirurgicales ou explorations invasives dans les 6 mois précédant la date du début des symptômes :

Le patient a-t-il subi une ou des intervention(s) chirurgicale(s), ou une ou des exploration(s) invasive(s) dans les 6 mois précédant le début des symptômes :
oui non Si oui, compléter le tableau suivant :

Table with 4 columns: Type d'intervention ou d'exploration, Date de l'intervention ou de l'exploration, Lieu de l'intervention ou de l'exploration (nom de l'établissement, commune), Etablissement prévenu (oui/non). Rows 1-5.

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Si notification par un biologiste
ARS (signature et tampon)
Nom :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :