

Scheda per la sorveglianza epidemiologica della

MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Medico segnalatore

Nome: _____
Ospedale: _____
Indirizzo dell'ospedale: _____
Telefono: _____
Fax: _____
e-mail: _____

Informazioni paziente

Iniziali del paziente: _____
Sesso: _____
Data di nascita: _____
Data esordio malattia (mese/anno): _____
Sintomo d'esordio: _____

SEGNALARE LA PRESENZA DI

- Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia	SI	NO	
- Decadimento intellettivo – demenza	SI	NO	
- Mioclono	SI	NO	
- Altri movimenti involontari	SI	NO	
- Segni piramidali	SI	NO	
- Segni extrapiramidali	SI	NO	
- Segni cerebellari	SI	NO	
- Segni visivi	SI	NO	
- Mutismo acinetico	SI	NO	
- Parestesie	SI	NO	
- Disestesie dolorose	SI	NO	
- EEG caratteristico*	SI	NO	NON ESEGUITO
- Esame liquorale (proteina 14-3-3)	SI	NO	NON ESEGUITO

* (complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

ALTRI ESAMI STRUMENTALI EFFETTUATI

TC cerebrale	SI	NO	RMN cerebrale	SI	NO
---------------------	----	----	----------------------	----	----

FATTORI DI RISCHIO: _____

(esempi: registrazione EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea)

DATA: _____

INVIARE A:

REGISTRO NAZIONALE DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB E
SINDROMI CORRELATE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA

FAX: 06/49903012