

ALLEGATO 2

Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione
Ufficio III
profilassi internazionale-OEN)
Via Sierra Nevada 60, 00144 Roma
fax 06 5994 4242/4320
e-mail: dpv.oemj@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Laboratorio di Virologia
Registro Nazionale della Malattia di (Malattie infettive e
Creutzfeldt—Jakob e Sindromi Correlate
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma
fax 06 4990 3012
e-mail: rest@iss.it

SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

medico segnalatore: _____
indirizzo dell'ospedale: _____
tel: _____
fax: _____
e-mail: _____
firma del medico segnalatore _____

Iniziali del paziente: _____ sesso _____

numero cartella clinica _____
data di nascita del paziente _____
data di esordio della malattia: _____
(mese/anno)
sintomo di esordio: _____

segnalare la presenza di:

- disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- decadimento intellettivo-demenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- mioclono	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- altri movimenti involontari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- segni piramidali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- segni extrapiramidali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- segni cerebellari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- segni visivi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- mutismo acinetico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- parestesie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- disestesie dolorose	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- EEG caratteristico*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON ESEGUITO <input type="checkbox"/>
- Esame liquorale (proteina 14-3-3)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON ESEGUITO <input type="checkbox"/>

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

la presente scheda compilata in tutte le sue parti, va inviata contemporaneamente, a

Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione
Ufficio III - Malattie Infettive
via Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma
fax 06 59944242 - 59944320
e-mail: dpv.oemj@sanita.it

ASL
di Riferimento

Assessorato Sanità

Istituto Superiore di Sanità
Laboratorio di Virologia
R.N. Malattia di Creutzfeldt—Jakob
e Sindromi Correlate
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma
fax 06 4990 3012
e-mail: rest@iss.it

DATA:

02A00136