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 Important : Cette maladie doit faire l'objet d'un signalement immédiat au médecin désigné de l'ARASS, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus

Polynésie française Ministère chargé de la santé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale



CREUTZFELSDT-JACOB ET

autre cause.		voi de l	a preser	nte		
	notificati	ion.			AUTRES ESST	
				Encé	Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles	
Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification p	ar un bio	logiste		Médecin de la Direction de la santé	
Nom:	Name de aliminio				Date d'enregistrement	
Etablissement/service :	Nom du clinicien: Etablissement/service :				Nom, tampon et signature :	
Adresse :	Adresse:					
Tel/Fax :	Tel/Fax:					
Signature :	10,700.					
Nom :					Numéro DN	
Adresse géographique : Tel : Tel :						
	Code d'anonymat	t			(à remplir par la DS)	
Date de notification Code d'anonymat (à remplir par la DS) Sexe : M F Age : ans ou mois Commune de résidence :						
Clinique Date de début des signes						
Suspicion reposant sur : l'apparition récente et l'évolution progressive sans rémission						
d'au moi	ns un signe neurol	ogique			☐ Oui ☐ Non	
avec des troubles intellectuels ou psychiatriques				☐ Oui ☐ Non		
après élimination de toute autre cause (ou en cours)						
Hospitalisation ☐ Oui ☐ Non Si oui, date d'admission ☐ ☐ date de sortie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐						
Confirmation biologique Confirmation demandée 🔲 Oui 🔲 Non 👊 Ne sait pas						
Examen génétique de la PrP 🔲 Oui 🔍 Non Si oui, présence d'une mutation d'insertion 🗘 Oui 🗘 Non						
Autopsie prévue						
Facteurs de risque Dernière profession exercée par le patient :						
Antécédents familiaux de maladies à prion Si oui, préciser la maladie et le lien de pa				☐ Ne sait pas		
Antécédents de traitement :						
- par hormone de croissance extractive entr	e 1983 et 1988	🗖 Oui	☐ Non	☐ Ne sait pa	S	
Si oui, date de début de traitement				Date de fin de	e traitement	
- par gonadotrophines hypophysaires extra	ctives	🗖 Oui	\square Non	☐ Ne sait pa	s	
- par dure-mère humaine			lacksquare Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Antécédents d'interventions neurochirurgicale Si oui, type d'intervention :		□ Oui		☐ Ne sait pas		
Greffe de cornée		☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas		
S'agit-il d'une suspicion de						
·	Ne sait pas		vMC	IJ	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas	
	Ne sait pas				☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas	
Prévention Don de sang, de cellules, tissus ou organes (quelle que soit la période de sa vie) Le patient a été donneur de sang □ Oui □ Non □ Ne sait pas Si oui, date du dernier don □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						
					Si oui, date du dernier don	
Dans les 6 mois précédant la date du début des symptômes, le patient a subi une/des intervention(s) chirurgicales(s) ou exploration(s) invasive(s)						
Oui Non Ne sait pas					in(s) chirurgicales(s) ou exploration(s) invasive(s)	