Critères de notification	
Le diagnostic doit être suspecté en présence d'apparition récente et d'évlution progressive sans rémission d'au moins un signe neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques après élimination de toute autre cause.	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

CREUTZFELSDT-JACOB ET AUTRES ESST

Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ❑ M ❑ F DDN Numéro DN

Adresse géographique :..... Commune de résidence : ..... Tel : .....

Date de notification Code d'anonymat *(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 : ..... Ile / Pays .....

Clinique Date de début des signes

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

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 ❑ Oui ❑ Non Si non, motifs : .....

Facteurs de risque

Dernière profession exercée par le patient : .....

Antécédents familiaux de maladies à prion ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, préciser la maladie et le lien de parenté : .....

Antécédents de traitement :

- par hormone de croissance extractive entre 1983 et 1988 ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
  Si oui, date de début de traitement Date de fin de traitement
- par gonadotrophines hypophysaires extractives ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- par dure-mère humaine ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Antécédents d'interventions neurochirurgicales ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, type d'intervention : ..... Date

Greffe de cornée ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

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

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

Le patient a été donneur de cellules, tissus ou organes ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas 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 Si oui, préciser : .....