**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA de las ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES EN HUMANOS**
**ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB Y OTRAS RELACIONADAS**

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN

**Estimado profesional,**

- **Todos los campos deben ser completados, en especial las fechas; envíe copia de EEG si es típico; y de la RM, en lo posible con secuencia Difusión (en CD o se digitaliza directamente en el Centro de Referencia).**
- **Por requerimiento del Ministerio de Salud y de Euro-CJD, formularios incompletos no se recibirán.**
- **Revisión central de los estudios (RM y EEG). Se aclara que el fin es optimizar la vigilancia, el material se devuelve al medico referente o familiares del paciente.**
- **Los datos de seguimiento; fecha de fallecimiento; diagnósticos alternativos que descarten CJ, son obligación del médico a cargo enviarlos al Centro de Referencia.**
- **Toda la información brindada es volcada en bases de datos con el nombre del médico referente.**

Fecha: ...../...../.....

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: .....Sexo: ....., Edad: ....., Fecha nacim:...../...../.....
Ciudad y país de nacimiento: ....., Domicilio (calle y n°): .....
TE: ....., Localidad: ....., Provincia: .....
País: .....; Domicilio transitorio:.....

## PROFESIONAL ACTUANTE

Profesional: ....., Institución: .....
Domicilio: ....., Fax: .....
Teléfono (del médico): ....., E-mail: .....

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Fecha de inicio de primeros síntomas: ...../...../....., Fecha y lugar de primera consulta: ...../...../....., .....
Signos neurológicos: NO/SI: ....., Deterioro cognitivo: NO/SI: .....

| **SIGNOS Y SÍNTOMAS** | NO | SI | Fecha de comienzo: Día / Mes / Año |
|---|---|---|---|
| Demencia rápidamente progresiva | | | |
| Mioclonías | | | |
| Trastornos visuales | | | |
| Trastornos cerebelosos | | | |
| Signos piramidales | | | |
| Signos extrapiramidales | | | |
| Mutismo akinético | | | |
| Insomnio pertinaz | | | |
| Convulsiones | | | |
| Trastornos psiquiátricos | | | |
| ***Otro/s (que considere relevante nombrar)*** | | | |
| ***Otro*** | | | |

| **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS** | NO | SI | Fecha de realización: Día / Mes / Año |
|---|---|---|---|
| EEG inicial: | | | |
| EEG ulteriores: | | | |
| ¿El / los EEG, tienen complejos periódicos trifásicos generalizados y repetitivos a 1-2 Hz? | | | |
| RMN: | | | |
| ¿La RMN, tiene señal hiperintensa en ganglios basales y/o tálamo? | | | |
| ¿El estudio de RMN, se realizó con técnica de DIFUSIÓN? | | | |
| ¿Tiene hiperintensidad cortical? | | | |
| Estudio de 14.3.3 en LCR□□□ | | | |
| Anatomía Patológica posible: | | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| Ocupaciones (actual y anteriores): / / | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Tiene familiares con enfermedad similar? ¿Quienes? | | | |
| ¿Tuvo procedimientos neuroquirúrgicos? | | | |
| ¿Recibió hormona de crecimiento? | | | |
| ¿Recibió injertos de duramadre? | | | |
| ¿Tuvo transplantes de cornea? | | | |
| ¿Recibió otros órganos humanos? | | | |
| ¿Recibió transfusiones de sangre? | | | |
| ¿Donó sangre para transfundir a otra persona? | | | |

Caso en seguimiento: SI □ NO □ , Fallecido:...../...../....., Diagnóstico final:.....

**Reservado a la Comisión de Vigilancia de CJ**

**Clasificación inicial:** 1- Sin criterios OMS □; 2– Posible □; 3– Probable □

**Clasificación final:** 1- Sin criterios OMS □; 2– Posible □; 3– Probable □; 4– Definido □; 5- Excluido A/B □; 6- Excluido x SEGUIMIENTO □.