Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	***Si notification par un biologiste***
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service	
Adresse	Hôpital/service
Téléphone	Adresse
Télécopie	Téléphone
Signature	Télécopie

Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob

cerfa 12209*01

Syndrome de Gertsmann-Straussler-Scheinker
insomnie fatale familiale

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la DDASS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la DDASS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Le patient est-il donneur de sang ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, date et lieu du dernier don : ☐☐☐☐☐☐☐☐ à .....

Premiers symptômes de la maladie : Détaillez : .....

Date d'apparition *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Signes cliniques :

Démence ☐ Oui ☐ Non Date de début *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Syndrome cérébelleux ☐ Oui ☐ Non Date de début *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Myoclonies ☐ Oui ☐ Non Date de début *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Autres signes (détailler en indiquant la date de début) : .....

Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob

Syndrome de Gertsmann-Straussler-Scheinker
insomnie fatale familiale

Critères de notification : Maladie de Creutzfeldt-Jakob, syndrome de Gertsmann-Straussler-Scheinker, insomnie fatale familiale, suspectés ou diagnostiqués sur la présence d'au moins un signe clinique neurologique associé à une démence et après élimination de toute autre cause neurologique.

Examens paracliniques

EEG caractéristique ☐ Oui ☐ Non Date d'examen *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Imagerie normale (Scanner ou IRM) ☐ Oui ☐ Non Date d'examen *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Ponction lombaire normale ☐ Oui ☐ Non Date d'examen *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Recherche de la protéine 14-3-3 dans le LCR ☐ Oui ☐ Non Si oui, résultats : ☐ Positif ☐ Négatif Commentaires : .....

Examens effectués ou prévus

Examen génétique du gène de la PrP : ☐ Oui ☐ Non Si oui, présence d'une mutation ou insertion : ☐ Oui ☐ Non

Autopsie prévue : ☐ Oui ☐ Non Si non, motifs: .....

Autre, préciser : ☐ Oui ☐ Non Si oui, résultats : .....

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : ☐ Oui ☐ Non

Date de première hospitalisation *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu : .....

Facteurs de risque

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

Antécédents de traitement :

Par hormone de croissance extractive : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, date de début de traitement *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

date de fin de traitement *(mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐

Par gonadotrophines hypophysaires extractives : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Par glucocérébrosidase extractive (Cérédase®) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Antécédents familiaux de maladies à prion : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

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

Antécédents d'interventions neurochirurgicales ou ophtalmologiques : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, type d'intervention : ..... Date *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Utilisation de dure-mère (neurochirurgie, embolisation, ...) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

---

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	***Si notification par un biologiste***	**DDASS : signature et tampon**
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service		
Adresse	Hôpital/service	
Téléphone	Adresse	
Signature	Téléphone	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire