République française

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 :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa N° 12209*02

Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob

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 de l'ARS avant même confirmation du cas ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

(A établir par l'ARS)

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

(A établir par l'ARS)

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

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

Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob
Syndrome de Gertsmann Straussler-Scheinker
insomnie fatale familiale

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 autre cause.

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

Si traitement par hormone de croissance extractive entre 1983 et 1988 : année de début : ☐☐☐☐ année de fin : ☐☐☐☐

Date d'apparition des premiers symptômes de la maladie (mois et année) : ☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation :

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : ☐ oui ☐ non

Si oui, date de première hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu (nom de l'hôpital et commune) : .....

Don de sang, de cellules, tissus ou organes (quelle que soit la période de sa vie) : d'après le patient ou ses proches

Le patient a-t-il été donneur de sang :

☐ oui ☐ non

Si oui, date du dernier don : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu du dernier don (code postal et nom de la commune) :

Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune : .....

Le patient a-t-il été donneur de cellules, tissus ou organes :

☐ oui ☐ non

Si oui, date du dernier don : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu du prélèvement (établissement, code postal et nom de la commune) :

Établissement : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune : .....

Interventions chirurgicales ou explorations invasives dans les 6 mois précédant la date du début des symptômes :

Le patient a-t-il subit une ou des intervention(s) chirurgicale(s), ou une ou des exploration(s) invasive(s) dans les 6 mois précédant le début des symptômes :

☐ oui ☐ non Si oui, compléter le tableau suivant :

	Type d'intervention ou d'exploration	Date de l'intervention ou de l'exploration	Lieu de l'intervention ou de l'exploration (nom de l'établissement, commune)	Etablissement prévenu (oui/non)
1				
2				
3				
4				
5				

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