

CASO SUSPEITO: Demência progressiva (menos de 2 anos) com pelo menos dois ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: mioclonias; distúrbios visuais ou cerebelares; sinais piramidais ou extrapiramidais; mutismo acinético, podendo apresentar sinais psiquiátricos no início da doença, sintomas sensoriais dolorosos e persistentes e disestesias que podem sugerir a forma vDCJ.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
			DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB		A 81.0				
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data dos Primeiros Sintomas		
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe				
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)		19	Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1		
Dados Complementares do Caso	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)		
	31	Data da investigação		32	Ocorreu internação hospitalar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		33	Data da internação	
	34	UF	35	Município do hospital		Código (IBGE)			
Dados Epidemiológicos	36	Nome do hospital		Código (IBGE)					
	37	Doença semelhante na família? 1 - Sim. Qual? 2 - Não 9 - Ignorado		38	Se Sim, qual o grau de parentesco?				
	39	Houve exposição iatrogênica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Transfusão de sangue					
	Transplante de dura-mater		Transplante de córnea	Material contaminado					
Dados Clínicos	Hormônio do crescimento humano		Neurocirurgias	Outros (especificar)					
	40	Viajou ou morou na Europa nas décadas de 80 e 90? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41	Se Sim, especificar país e período: País: Período:				
	42	Sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Ataxia		Disestesias dolorosas			
	Mioclonias		Sinais piramidais	Transtornos psiquiátricos					
Distúrbios visuais		Sinais extrapiramidais	Alterações do sono						
Distúrbios cerebelares		Mutismo acinético	Outros, quais						
43		Presença inicial de sinais psiquiátricos e anormalidades neurológicas posteriores? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		44	Critério de suspeita clínica 1 - Esporádica 2 - Iatrogênica 3 - Hereditária 4 - vDCJ				

Dados do Laboratório	45 Ressonância magnética 1 - Normal com difusão 2 - Normal sem difusão 3 - Típica com difusão 4 - Outras anormalidades 5 - Não realizada	☐
	46 EEG 1 - Normal 2 - Típico 3 - Atípico 4 - Não realizada	☐
	47 Proteína 14.3.3 no LCR 1 - Ausente 2 - Presente 3 - Incclusivo 4 - Em análise 5 - Não realizada	☐
	48 Proteína TAU no LCR 1 - Normal 2 - Aumentada 3 - Em análise 4 - Não realizada	☐
	49 Análise genética (PRNP) 1 - Presença de mutação _____ 2 - Ausência de mutação 3 - Em análise 4 - Não Realizada	☐
Conclusão	50 Biópsia cerebral com Encefalopatia Espongiforme? 1 - Ausente 2 - Presente 3 - Em análise 4 - Não realizada	☐
	51 Necrópsia cerebral com Encefalopatia Espongiforme? 1 - Ausente 2 - Presente 3 - Em análise 4 - Não realizada	☐
	52 Imuno-histoquímica para proteína priônica patológica 1 - Negativa 2 - Positiva 3 - Em análise 4 - Não Realizada	☐
	53 Forma clínica 1 - DCJ Esporádica 2 - DCJ Hereditária 3 - DCJ Iatrogênica 4 - Nova variante (vDCJ)	☐
	54 Classificação da forma clínica 1 - Possível 2 - Provável 3 - Definida	☐
55 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Inconclusivo		☐
56 Evolução 1 - Óbito por DCJ 2 - Outro diagnóstico, qual? _____ 3 - Óbito por outras causas, qual? _____ 4 - Inconclusivo 9 - Ignorado		☐
57 Data do Óbito 	57 Data de Encerramento 	

Resumo da história clínica

Resultados de outros exames

Tipo de exame	Resultado

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome		Assinatura
	Função		