



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____ Commune domicile : _____

Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____

Premiers symptômes de la maladie :

Détaillez : _____

Date d'apparition (mm/aaaa) : _____

Signes cliniques :

Démence : Oui Non Si oui, date de début (mm/aaaa) : _____

Syndrome cérébelleux : Oui Non Si oui, date de début (mm/aaaa) : _____

Myoclonie : Oui Non Si oui, date de début (mm/aaaa) : _____

Autres signes (détaillez en indiquant la date de début) : _____ Date de début (mm/aaaa) : _____

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 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 : _____

Facteur 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 glucocébroside 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