



DOENÇA DE CREUTZFELDT JAKOB (DCJ) POSSÍVEL: DECLÍNIO COGNITIVO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO (DURAÇÃO DOS SINTOMAS MENOR QUE DOIS ANOS). PRESENÇA DE PELO MENOS DOIS DO SEGUINTE SINAIS / SINTOMAS: MIOCLONIAS, DISTÚRBIOS VISUAIS OU CEREBELARES, SINAIS PIRAMIDAIAS OU EXTRAPIRAMIDAIAS OU MUTISMO ACINÉTICO.

DCJ PROVÁVEL: CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA DCJ POSSÍVEL, SEGUINDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) COM ATIVIDADE PERIÓDICA, OU PRESENÇA DA PROTEINA 14-3-3 EM LIGUIDO CEFALORAQUEANO (LCR), OU ALTERAÇÕES SUGESTIVAS À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

DCJ DEFINIDA: DIAGNÓSTICO NEUROPATOLÓGICO POR IDENTIFICAÇÃO DE PROTEINA PRIONIICA.

NOVA VARIANTE DCJ: ACOMETIMENTO PRECOCE; TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INAUGURAIAS; VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO		
	2 AGRAVO / DENÇA		DOENÇAS PRIONIICAS		
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)		
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	7 DATA DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE		9 DATA DE NASCIMENTO		
	10 (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÃS 4 - ANO	11 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTANCIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		
	13 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		
	14 ESCOLARIDADE 0 - ANALFABETO 1 - 1ª À 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO OU 1º GRAU) 3 - 5ª À 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 COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA				
	16 NOME DA MÃE				

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO	
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AVE.)		CÓDIGO
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)		24 GEO CAMPO 1	
	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)	

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

DADOS CLÍNICOS	31 CRITÉRIOS DE SUSPEITA 1 - DOENÇA DE CREUTZFELDT JAKOB (DCJ) POSSÍVEL 2 - DCJ PROVÁVEL 3 - DCJ DEFINIDA 4 - NOVA VARIANTE 5 - OUTRA DOENÇA PRIONIICA POSSÍVEL (GSS; IFF)				
	32 DATA DA INTERNAÇÃO		33 OCUPAÇÃO		
	34 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORE <input type="checkbox"/> DEMÊNCIA PROGRSSIVA (MENOS DE 2) <input type="checkbox"/> DISESTESIAS DOLOROSAS PERSISTENTES; <input type="checkbox"/> MUTISMO ACINÉTICO <input type="checkbox"/> MIOCLONIAS <input type="checkbox"/> ATAXIA <input type="checkbox"/> TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS VISUAIS; <input type="checkbox"/> SINAIS PIRAMIDAIAS <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES DO SONO <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS CEREBELARES; <input type="checkbox"/> SINAIS EXTRAPIRAMIDAIAS				

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	35 REALIZOU VIAGEM AO EXTERIOR APÓS 1984? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	36 DATA DA ULTIMA VIAGEM	37 PAÍS	
	38 ALGUMA FAMILIAR APRESENTOU QUADRO SEMELHANTE 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	39 O PACIENTE COME CARNE BOVINA OU COMEU APÓS 1984? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	40 O PACIENTE É VEGETARIANO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	42 EXPOSIÇÃO IATROGÊNICA (EM CASO DE EXPOSIÇÃO IATROGÊNICA ESPECIFIQUE): 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> DURA - MÁTER <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE DE CÓRNEAS <input type="checkbox"/> TRANSFUSSÃO DE SANGUE <input type="checkbox"/> HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIAS			

