



CASO SUSPEITO: DEMÊNCIA PROGRESSIVA (MENOS DE 2 ANOS) COM PELO MENOS 2 OU MAIS SEGUINTE SINAIS OU SINTOMAS: MIOCLONIAS; DISTÚRBIOS VISUAIS OU CEREBELARES; SINAIS PIRAMIDAIAS OU EXTRAPIRAMIDAIAS; MUTISMOS ACINÉTICOS, PODENDO APRESENTAR SINAIS PSIQUIÁTRICOS NO INÍCIO DA DOENÇA; SINTOMAS SENSORIAIS DOLOROSOS E PERSISTENTES; DESESTESIAS QUE PODEM SUGERIR A FORMA vDCJ.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID 10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	DOENÇA DE CREUTZFELDT - JAKOB		A 81.0	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)
6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO	7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO(A) PACIENTE (SEM ABREVIACÕES)			9 DATA DE NASCIMENTO
	NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			
	10 (OU) IDADE	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA / COR
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MES 4 - ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA	1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
	14 ESCOLARIDADE			
0 - ANALFABETO(A) 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 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 SUPERIOR COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA				
15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 NOME DA MÃE		

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO
	20 BAIRRO	21 LOGRADOURO		CÓDIGO
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (APTO, CASA...)		CÓDIGO IBGE
	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 EPIDEMIOLÓGICOS	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 OCORREU INTERNAÇÃO HOSPITALAR? 1- SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	33 DATA DA INTERNAÇÃO
	34UF	35 MUNICÍPIO DO HOSPITAL	CÓDIGO (IBGE)
	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		<input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO DE SANGUE <input type="checkbox"/> MATERIAL CONTAMINADO <input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFICAR: _____
	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTE DE DURA-MATER <input type="checkbox"/> HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTE DE CÔRNEA <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIAS	
	40 VIAJOU OU MOROU NA EUROPA NAS DÉCADAS DE 80 A 90? 1- SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		41 SE SIM, ESPECIFICAR: PAÍS
			PERÍODO

DADOS CLÍNICOS	42 SINAIS E SINTOMAS 1- SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
	<input type="checkbox"/> DEMÊNCIA PROGRESSIVA (MENOS DE 2 ANOS) <input type="checkbox"/> MIOCLONIAS <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS VISUAIS <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS CEREBELARES	<input type="checkbox"/> ATAXIAS <input type="checkbox"/> SINAIS PIRAMIDAIAS <input type="checkbox"/> SINAIS EXTRAPIRAMIDAIAS <input type="checkbox"/> MUTISMO ACINÉTICO	<input type="checkbox"/> DISESTESIAS DOLOROSAS <input type="checkbox"/> TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DO SONO <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	
	46 EEG 1- NORMAL 2- TÍPICO 3 - ATÍPICO 4 – NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/>	47 PROTEÍNA 14.3.3 NO LCR 1 – AUSENTE 2- PRESENTE 3 – INCONCLUSIVO 4 – EM ANÁLISE 5 – NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>
	48 PROTEÍNA TAU NO LCR 1 – NORMAL 2- AUSENTE 3 – EM ANÁLISE 4 – NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>	49 ANÁLISE GENÉTICA PRNP 1 – PRESENÇA DE MUTAÇÃO _____ 2 – AUSÊNCIA DE MUTAÇÃO 3 – EM ANÁLISE 4 – NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>
	50 BIÓPSIA CEREBRAL COM ENCEFALOPATIA ESPONGIFORME? 1- AUSENTE 2- PRESENTE 3 – EM ANÁLISE 4 – NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>	51 NECROPSIA CEREBRAL COM ENCEFALOPATIA ESPONGIFORME? 1- AUSENTE 2- PRESENTE 3 – EM ANÁLISE 4 – NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>
	52 IMUNO – HISTOQUÍMICA PARA PROTEÍNA PRIÔNICA PATOLÓGICA? 1- NEGATIVA 2- POSITIVA 3 – EM ANÁLISE 4 – NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>	

CONCLUSÃO	53 FORMA CLÍNICA 1 – DCJ ESPORÁDICA 2- DCJ HEREDITÁRIA 3 – DCJ IATROGÊNICA 4 NOVA VARIANTE vDCJ <input type="checkbox"/>	
	54 CLASSIFICAÇÃO DA FORMA CLÍNICA 1 – POSSÍVEL 2 – PROVÁVEL 3 – DEFINIDA <input type="checkbox"/>	
	55 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1- CONFIRMADO 2- DESCARTADO 3 – INCONCLUSIVO <input type="checkbox"/>	
	56 EVOLUÇÃO 1 – ÓBITO POR DCJ 2 – OUTRO DIAGNÓSTICO? QUAL? _____ <input type="checkbox"/> 3 – ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS? QUAL? _____ 4 – INCONCLUSIVO 9 - IGNORADO	
	57 DATA DO ÓBITO	58 DATA DO ENCERRAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA	

RESULTADO DE OUTROS EXAMES	
TIPO DE EXAME	RESULTADO

INVESTIGADOR(A)	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME	
	FUNÇÃO	ASSINATURA