

	Direzione Sanitaria	Mod. 0125	Pag. 1 di 1
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE CREUTZFELDT - JACOB	Parola chiave: <i>segnalaz morbo mp</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

**REGISTRO NAZIONALE
DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT - JACOB
E SINDROMI CORRELATE**
 Dipartimento di Neuroscienze
 Istituto Superiore di Sanità
 Viale Regina Elena, 299, Roma
 Tel. 06/4990 3312 Fax 06/4990 3012
 e-mail: rest.segr@iss.it
<https://www.iss.it/registro-mcj>

Codice paziente (riservato I.S.S.): _____

Medico segnalatore (timbro e firma): _____

Indirizzo: _____ Numero cartella clinica: _____
NUOVA CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l. Data di nascita del paziente: __ / __ / ____
Viale Cavalli d'Olivola 22 - 15033 Casale M.to (EL) Comune e Provincia di nascita: _____
Tel. 0142/334611 Fax 0142/75812 Comune e Provincia di residenza: _____

Data di esordio della malattia (mese/anno): _____

Sintomo di esordio: _____

Segnalare la presenza di:

DISTURBI PSICHIATRICI

NELLE PRIME FASI DELLA MALATTIA ☐ SI ☐ NO
 MIOCLONO ☐ SI ☐ NO
 SEGNI EXTRAPIRAMIDALI ☐ SI ☐ NO
 SEGNI VISIVI ☐ SI ☐ NO
 CRISI EPILETTICHE ☐ SI ☐ NO

DECADIMENTO

INTELLETTIVO- DEMENZA ☐ SI ☐ NO
 SEGNI PIRAMIDALI ☐ SI ☐ NO
 SEGNI CEREBELLARI ☐ SI ☐ NO
 MUTISMO ACINETICO ☐ SI ☐ NO
 PARESTESIE/DISESTESIE ☐ SI ☐ NO

EEG caratteristico (*) ☐ SI ☐ NO ☐ NON ESEGUITO

(*) (complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di CREUTZFELDT - JAKOB. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni).

Altri ESAMI STRUMENTALI effettuati ☐ RMN ☐ PET ☐ SPECT

Familiarità per queste malattie ☐ SI ☐ NO

Segnalare la presenza di fattori di rischio: _____

Professioni esercitate: _____