

Doença de Creutzfeldt Jakob (DCJ) possível: Declínio cognitivo rapidamente progressivo (duração dos sintomas menor que dois anos). Presença de pelo menos dois dos seguintes sinais/sintomas: Mioclonias, Distúrbios visuais ou cerebelares, Sinais piramidais ou extrapiramidais ou Mutismo acinético

DCJ provável: Critérios utilizados para DCJ POSSÍVEL, seguido de eletroencefalograma (EEG) com atividade periódica, ou presença da proteína 14-3-3 em líquido cefalorraqueano (LCR), ou alterações sugestivas à ressonância magnética

DCJ definida: Diagnóstico neuropatológico por identificação de proteína priônica.

Nova Variante DCJ: Acometimento precoce; transtornos psiquiátricos inaugurais; vínculo epidemiológico

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2 Agravado/doença DOENÇAS PRIÔNICAS		
	3 Data da Notificação		
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		
	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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		
Dados de Residência	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		
	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		
	21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	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

31 Critérios de Suspeita Clínica

1. Doença de Creutzfeldt Jakob (DCJ) possível 3. DCJ definida: 5. Outra Doença Priônica Possível (GSS; IFF)

2. DCJ provável 4. Nova Variante DCJ

Dados Clínicos	32 Data dos Primeiros Sintomas	33 Ocupação
	34 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados Clínicos	<input type="checkbox"/> Demência progressiva (menos de 2 anos):	<input type="checkbox"/> Disestesias dolorosas persistentes:
	<input type="checkbox"/> Mioclonias:	<input type="checkbox"/> Ataxia
	<input type="checkbox"/> Distúrbios visuais:	<input type="checkbox"/> Sinais piramidais
	<input type="checkbox"/> Distúrbios cerebelares	<input type="checkbox"/> Sinais extrapiramidais
Aspectos Epidemiológicos	<input type="checkbox"/> Mutismo acinético	
	<input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos	
	<input type="checkbox"/> Alterações do sono	
	35 Realizou viagem ao exterior após 1984? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
36 Data da última viagem		37 País:
38 Algum familiar apresentou quadro semelhante? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		39 O paciente come carne bovina ou comeu após 1984? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
40 O paciente é vegetariano? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
41 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"/> Transfusão de sangue		
<input type="checkbox"/> Hormônio do crescimento humano <input type="checkbox"/> Neurocirurgias		

