

**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	<b>DOENÇAS PRIÔNICAS</b>	
	3 Data da Notificação		
	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 Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17 UF			

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		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	30 País (se residente fora do Brasil)		

**Dados Complementares do Caso**

Dados Clínicos	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		<input type="checkbox"/>
	32 Data da Internação	33 Ocupação			
34 Sinais e Sintomas					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> Demência progressiva (menos de 2 anos):		<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 piramidais		<input type="checkbox"/> Alterações do sono	
<input type="checkbox"/> Distúrbios cerebelares		<input type="checkbox"/> Sinais extrapiramidais			

Aspectos Epidemiológicos	35 Realizou viagem ao exterior após 1984?		36 Data da última viagem		37 País:	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	38 Algum familiar apresentou quadro semelhante?		39 O paciente come carne bovina ou comeu após 1984?		40 O paciente é vegetariano?	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
41 Exposição iatrogênica <b>Em caso de exposição iatrogênica especifique:</b>						
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				

