

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	
	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 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- Ig	
	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		

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 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 Clínica 1. Doença de Creutzfeldt Jakob (DCJ) possível 3. DCJ definida: 5. Outra Doença Priônica Possível (GSS; IFF) <input type="checkbox"/> 2. DCJ provável 4. Nova Variante DCJ				
	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? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		36 Data da última viagem	37 País:	
	38 Algum 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				
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		

