QUESTIONNAIRE DE REPERAGE DE PATIENTS A RISQUE DE TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB
CHI le Raincy-Montfermeil

A remplir par le médecin prescripteur d'un acte nécessitant l'utilisation d'un dispositif médical recyclable

Etiquette

Ou Nom du patient

date: …….

N° du dossier: …….

Nom du médecin……. ..... Signature du médecin…….....

1) recherche de facteurs de risque dans les antécédents

à votre connaissance le patient a t-il des antécédents:	**OUI**	**NON**
• De traitement par hormone de croissance extractive	❒	❒
• D'un cas d'ESST* lié à une mutation du gène codant pour la PrPc, dans sa famille génétique (parents ou fratrie)	❒	❒
• D'intervention chirurgicale (en France ou à l'étranger) avec ouverture de la dure-mère, notamment intervention neurochirurgicale ou exploration cérébrale invasive sauf si réalisée en France à partir du 1er janvier 1995	❒	❒

* ESST encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles

si oui à une question avec acte chirurgical sur SNC oeil ou nerf optique:
Usage unique ou précautions maximales (circulaire N°138)

2) recherche de signes cliniques évocateurs de la maladie

Le patient présente t-il après élimination des autres causes possibles, des signes neurologiques d'apparition récente et d'évolution rapide sans rémission:

OUI ☐ → **SUSPICION D'ESST**

NON ☐

Si suspicion d'ESST ⇨ revoir l'indication de l'acte et demander au préalable l'avis d'un neurologue et si conclusion positive en faveur d'une suspicion, appliquer les mesures de précautions maximales recommandées dans la circulaire N°138
séquestrer le matériel dans l'attente de la confirmation du diagnostic

patient non atteint ☐ **libération** patient atteint ☐ **destruction**

Avis du médecin neurologue

Nom:…… date ……

Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob: ❒ **confirmée** ❒ **non confirmée**