

**Anexo: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD DE
CREUTZFELDT JACOB (A81.0 y F02.1)**

A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt ; F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt -Jakob.

SEREMI REGIÓN: _____|_|_|_|_|_|_|_| **OF. PROVINCIAL:** _____|_|_|_|_|

SERVICIO SALUD _____|_|_|_| ESTABLECIMIENTO: _____|_|_|_|_|

FECHA NOTIFICACIÓN ___/___/___/

FECHA VALIDACION SEREMI ___/___/___/ (automático al ingreso de datos desde la Seremi)

MEDICO TRATANTE: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA _____

RUT: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TELÉFONO: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTIFICACION DEL CASO

RUT: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

APELLIDO PATERNO PELLIDO MATERNO NOMBRES:

SEXO: () HOMBRE () MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___/ EDAD: ___ AÑOS ___ MESES ___

ESCOLARIDAD: Ninguna ___ Preescolar ___ Básica ___ Media ___ Técnica ___ Superior ___ Desconocida ___

AÑOS APROBADOS: _____ PROFESION U OFICIO: _____

OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: CALLE: _____ NUMERO : _____ DEPTO. _____

POBLACIÓN, VILLA U OTRO: _____ CODIGO POSTAL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CIUDAD O LOCALIDAD: _____ COMUNA: _____ URBANA: ___ RURAL: ___

TELEFONO: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PERTENENCIA DECLARADA A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PUEBLOS ORIGINARIOS:

Alacalufe ___ Atacameño ___ Aimara ___ Colla ___ D iaguita ___

Mapuche ___ Quechua ___ Rapa Nui ___ Yámana ___ Ninguna de las anteriores ___
(Yagán)

INFORMACIÓN CLÍNICA

Nº HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS: ___/___/___/ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: |_|_|_|_|

FECHA DE PRIMERA CONSULTA: ___/___/___/

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: ____/____/____/

FALLECIDO: SI () NO ()

FECHA: ____/____/____/

ANTECEDENTES ANAMNÉSTICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA ENFERMEDAD SI () NO ()

ANTECEDENTES DE TRANSPLANTES U OTRA EXPOSICIÓN IATROGÉNICA ROGÉNICA SI () NO ()

DESEQUILIBRIO DE LA MARCHA SI () NO ()
DISARTRIA SI () NO ()
CAMBIO DE CARÁCTER (en el último mes) SI () NO ()
OTRO TRASTORNO MOTOR COGNITIVO SI () NO ()

ANTECEDENTES CLÍNICOS

TRASTORNOS MOTORES SI () NO ()
TRASTORNOS VISUALES SI () NO ()
MIOCLONIAS SI () NO ()
EVOLUCION PROGRESIVA DE LOS SÍNTOMAS SI () NO ()
EEG: ACTIVIDAD PERIÓDICA SI () NO ()
RNM: ATROFIA CEREBRAL SI () NO ()
RNM: ENCEFALOPATIA ESPONGIFORME SI () NO ()
SCANNER: ATROFIA CEREBRAL SI () NO ()

INFORMACION DE LABORATORIO

LCR: PROTEINA 14-3-3 SI () NO () FECHA ____/____/____/

OTRO: _____

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

VISITA EPIDEMIOLÓGICA: SI |__| NO |__| N° |__|__| FECHA ____/____/____/ HORA |__|__|

ENTREVISTA O ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA: SI |__| NO |__| N ° |__|__|

ACTIVIDADES EDUCATIVAS: INDIVIDUAL N° |__|__| COLECTIVA N° |__|__|

BÚSQUEDA ACTIVA: N REGISTROS REVISADOS |__|__| N DE ENCUESTAS REALIZADAS |__|__|

CLASIFICACION FINAL

DESCARTADO: |__|

CONFIRMADO: |__| DIAGNÓSTICO: _____

LABORATORIO |__| FROTIS |__| CULTIVO |__| SEROLOGÍA |__| OTROS |__|
NEXO EPIDEMIOLÓGICO |__|
CLÍNICA |__|
BIOPSIA |__|
AUTOPSIA |__|

CLASIFICACION: ESPORADICO |__| IATROGENICO |__| FAMILIAR |__| NUEVA VARIANTE |__|

PAIS DE CONTAGIO: CHILE |__|
EXTRANJERO |__|

PAIS: _____