FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (CIE 10: A81.0)

SEREMI REGIÓN: OF. PROVINCIAL: SERVICIO SALUD:
ESTABLECIMIENTO: MEDICO TRATANTE:
FECHA NOTIFICACIÓN: FECHA VALIDACION SEREMI:
NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:
RUT: TELÉFONO:

IDENTIFICACION DEL CASO

RUT: APELLIDO PAT: APELLIDO MAT: NOMBRES:
SEXO: ( )HOMBRE ( )MUJER FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES
PERTENENCIA DECLARADA A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PUEBLOS ORIGINARIOS:
( )Alacalufe ( )Atacameño ( )Aimara ( )Colla ( )Diaguita ( )Mapuche
( )Quechua ( )Rapa Nui ( )Yámana (Yagán) ( )Ninguna de las anteriores
ESCOLARIDAD: ( )Ninguna ( )Preescolar ( )Básica ( )Media ( )Técnica ( )Superior ( )Desconocida
AÑOS APROBADOS: PROFESION U OFICIO: OCUPACIÓN:
DIRECCIÓN: NUMERO: DEPTO:
POBLACIÓN, VILLA U OTRO: CIUDAD O LOCALIDAD: COMUNA:
( )URBANA ( )RURAL TELEFONO:

INFORMACIÓN CLÍNICA

FECHA PRIMEROS SÍNTOMAS: SEMANA EPIDEMIOLÓGICA:
FECHA DE PRIMERA CONSULTA: FECHA DE HOSPITALIZACIÓN:
FALLECIDO: ( )SI ( )NO FECHA:

ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA ENFERMEDAD: ( )SI ( )NO
ANTECEDENTES DE TRANSPLANTES U OTRA EXPOSICIÓN IATROGÉNICA: ( )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

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

LCR-PROTEINA 14-3-3: SI ( ) NO( ) FECHA: OTRO:

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

VISITA EPIDEMIOLÓGICA: ( )SI ( )NO FECHA:
ENTREVISTA O ENCUESTA: ( )SI ( )NO ACTIVIDADES EDUCATIVAS: ( )INDIVIDUAL Nº ( )COLECTIVA Nº
BÚSQUEDA ACTIVA: ( )REGISTROS REVISADOS Nº ( )ENCUESTAS REALIZADAS Nº

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: