

**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	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença <b>DOENÇAS PRIÓNICAS</b>	3 Data da Notificação	
	4 UF   5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	
	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	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- Ignorado	
	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**

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

Dados Clínicos	32 Data dos Primeiros Sintomas	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"/> Mioclonias:	<input type="checkbox"/> Ataxia
	<input type="checkbox"/> Distúrbios visuais:	<input type="checkbox"/> Sinais piramidais
	<input type="checkbox"/> Distúrbios cerebelares	<input type="checkbox"/> Sinais extrapiramidais
	<input type="checkbox"/> Mutismo acinético	
	<input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos	
	<input type="checkbox"/> Alterações do sono	

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

