

# MALATTIA DI CREUTZFELD-JACKOB

- Scheda di sorveglianza
- Classificazione di caso

Bologna, 16 dicembre 2014

# MALATTIA DI CREUTZFELD-JACKOB

La sorveglianza della malattia di Creutzfeld-Jacob avviene attraverso la nuova scheda di sorveglianza. A breve l'intero flusso verrà formalizzato dalla Regione.

- ✓ Il codice di malattia attraverso il quale richiamare la scheda è unico ed è **046.1 - MALATTIA DI JAKOB-CREUTZFELDT (MCJ)**
- ✓ La scheda è una normale scheda base con l'aggiunta di sezioni di approfondimento specifiche:
  - **Sintomi**
  - **Accertamenti di laboratorio**
  - **Fattori di rischio**
  - **Condizioni di rischio verso terzi**
- ✓ La differenza più importante rispetto alle altre schede di sorveglianza SMI è che la **classificazione di caso** verrà compilata dal Servizio Sanità pubblica della Regione.

# MALATTIA DI CREUTZFELD-JACKOB

## SINTOMI

Sintomi	
<u>*Data inizio sintomi:</u>	<input type="text"/>
<u>*Comune inizio sintomi:</u>	<input type="text"/>
<u>*Ricovero ospedaliero</u>	<input type="radio"/> Sì, in Regione <input type="radio"/> Sì, fuori Regione <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Struttura di ricovero regionale</u>	<input type="text"/>
<u>Altra struttura regionale</u>	<input type="text"/>
<u>Struttura di ricovero extra-regionale</u>	<input type="text"/>
<u>Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Decadimento intellettivo-demenza</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Mioclono</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Altri movimenti involontari</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Segni piramidali</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Segni extrapiramidali</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Segni cerebellari</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Segni visivi</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Mutismo acinetico</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Parestesie</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Disestesie dolorose</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Sintomo di esordio</u>	<input type="text"/>

INFORMAZIONI  
STANDARD SU SINTOMI  
COME SCHEDA BASE

SINTOMI SPECIFICI PER  
CREUTZFELD-JACKOB

# MALATTIA DI CREUTZFELD-JACKOB

## ACCERTAMENTI DI LABORATORIO

ACCERTAMENTI ESEGUITI						
<u>EEG caratteristico</u>	<input type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Valori patologici della proteina 14-3-3</u>	<input type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Valori aumentati della proteina TAU</u>	<input type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Indagine genetica positiva</u>	<input type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Alterazioni alla TC cerebrale</u>	<input type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Biopsia tonsillare positiva</u>	<input type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Alterazioni alla RMN cerebrale</u>	<input checked="" type="radio"/>	Positivo	<input type="radio"/>	Negativo	<input type="radio"/>	Non eseguito
<u>Se alterazioni alla RMN specificare</u>	<input type="checkbox"/>	Aumento di segnale bilaterale e simmetrico nei nuclei della base				
	<input type="checkbox"/>	Iperintensità bilaterale del segnale nel pulvinar				
	<input checked="" type="checkbox"/>	Altra				
<u>Se altro specificare</u>	<input type="text"/>					

**DATI SU ACCERTAMENTI /  
REFERTI DISPONIBILI  
PRIMA DEL  
CONSOLIDAMENTO**

**SEZIONE CONDIZIONATA  
AD ALTERAZIONI RMN**

# MALATTIA DI CREUTZFELD-JACKOB

## FATTORI DI RISCHIO

Fattori di rischio	
<u>Registrazioni EEG con elettrodi corticali</u>	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Specificare data	<input type="text"/>
<u>Interventi neurochirurgici</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Terapia con ormone della crescita ipofisario di origine umana</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Trattamento con gonadotropine ipofisarie di origine umana</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Trapianto di cornea</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Impianto di dura madre</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Somministrazione di sangue/emoderivati in Paesi esteri</u>	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Specificare la data	<input type="text"/>
In quale paese	<input type="text"/>
<u>Soggiorno, nel periodo dal 1980 al 1996, per più di 6 mesi cumulativi nel Regno Unito</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Anamnesi familiare positiva per EST tra i parenti di 1° grado</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Altro</u>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto

PER CIASCUN FATTORE DI RISCHIO, IN CASO AFFERMATIVO, COMPARE LA DATA DA SPECIFICARE

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI IN PAESI ESTERI E' NECESSARIO ANCHE SPECIFICARE IL PAESE

# MALATTIA DI CREUTZFELD-JACKOB

## CONDIZIONI DI RISCHIO VERSO TERZI

CONDIZIONI DI RISCHIO VERSO TERZI	
<u>Il paziente è, oppure è stato, donatore di sangue</u>	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Se sì, indicare il Centro trasfusionale di riferimento</u>	<input type="text"/>
<u>Data dell'ultima donazione</u>	<input type="text"/>
<u>Il paziente ha donato organi/tessuti/cellule</u>	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<u>Se sì, specificare quale organo o tessuto è stato donato</u>	<input type="text"/>
<u>Specificare il Centro presso il quale è avvenuta la donazione</u>	<input type="text"/>
<u>Il paziente ha espresso la volontà di donare</u>	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto

VENGONO RILEVATE  
EVENTUALI DONAZIONI DI  
SANGUE, ORGANI, O  
TESSUTI

## CLASSIFICAZIONE DI CASO

Dati della malattia	
Malattia	MALATTIA DI JAKOB-CREUTZFELDT
Tipo di segnalazione	<input type="text"/>
<u>Tipo di caso:</u>	Sporadico <input type="text"/>
Identificativo focolaio	<input type="text"/>
Classificazione caso	Da definire

LA CLASSIFICAZIONE DI CASO PER QUESTA SCHEDA E' DISATTIVATA. LA SCHEDA VIENE APERTA, SALVATA E CONSOLIDATA COME «DA DEFINIRE».

DOPO GLI OPPORTUNI ACCERTAMENTI POST-MORTEM, IL SERVIZIO REGIONALE PROVVEDERA' A CLASSIFICARE IL CASO.

GLI UTENTI SARANNO SEMPRE IN GRADO DI VISUALIZZARE LA CLASSIFICAZIONE AGGIORNATA

GRAZIE PER L'ATTENZIONE