

**QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DE PATIENTS
A RISQUE DE TRANSMISSION
DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB**

Rue Marie-Marvingt
54100 NANCY
Tél. : 0825 121 825
Fax : 03 83 93 50 50

A remplir par le médecin prescripteur d'un examen ou d'un acte nécessitant l'utilisation d'un dispositif médical.

Nom et prénom du patient : _____ Date de naissance : _____

Intervention : _____ Date de l'intervention : _____

Nom du praticien : _____

Date de la consultation : _____ Signature : _____

RECHERCHE DE FACTEUR DE RISQUE DANS LES ANTÉCÉDENTS

A votre connaissance, le patient a-t-il des antécédents :	OUI	NON
● de traitement par hormone de croissance extractive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● d'un cas d'encéphalopathie Spongiforme Subaiguë Transmissible dans sa famille génétique (parents, fratrie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 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 1 ^{er} janvier 1995)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui à une question, le bloc opératoire avise le service de stérilisation
(Stérilisation avisée le _____ par _____)

**EXISTENCE DE SIGNES NEUROLOGIQUES
AVEC TROUBLES INTELLECTUELS ET/OU PSYCHIATRIQUES D'ÉVOLUTION PROGRESSIVE
SANS REMISSION DEPUIS 6 MOIS ET NON BILANTES**

NON → Programmation normale de l'acte ou intervention

OUI → Demander avis neurologique pré opératoire

Nom du neurologue : _____ date de la consultation : _____

Suspicion MCJ : Confirmée Non confirmée

SI URGENCE → Séquestration du matériel jusqu'à avis neurologique

Envoyer ce questionnaire dûment rempli au secrétariat du bloc opératoire dès que possible et en tout état de cause avant la date prévue de l'acte ou de l'intervention. Conserver le double pour votre dossier.