

E-SUS/VS

Secretaria de Saúde do
Estado do Espírito Santo

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

DOENÇA CREUTZFELDT-JAKOB (DCJ)

Nº

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB (DCJ)		Código (CID10) A81.0	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	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
	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 à 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				Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente	Nacionalidade
	Passaporte		Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
	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)		
Unidade de Saúde de Referência						
DADOS DE RESIDÊNCIA	31 Data investigação		32 Ocorreu hospitalização 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		33 Data da Internação	34 UF
	35 Município do Hospital		Código (IBGE)		36 Nome do Hospital	
	37 Doença semelhante na família? 1- Sim, qual? 2- Não 9- Ignorado		38 Se sim, qual grau de parentesco?			
	39 Houve exposição iatrogênica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		40 Viajou ou morou na Europa nas décadas de 80 e 90? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Transplante de dura-máter		<input type="checkbox"/> Neurocirurgias		41 Se sim, especificar país	
	<input type="checkbox"/> Hormônio do crescimento humano		<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue		Data de ida	
<input type="checkbox"/> Transplante de córnea		<input type="checkbox"/> Material contaminado		Data de volta		
<input type="checkbox"/> Outros: _____						
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	42 Sinais ou sintomas? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Sinais ou sintomas		<input type="checkbox"/> Distúrbios cerebelares		<input type="checkbox"/> Mutismo acinético	
	<input type="checkbox"/> Demência progressiva (menos de 2 anos)		<input type="checkbox"/> Ataxia		<input type="checkbox"/> Disestesias dolorosas	
	<input type="checkbox"/> Mioclonias		<input type="checkbox"/> Sinais piramidais		<input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos	
<input type="checkbox"/> Distúrbios visuais		<input type="checkbox"/> Sinais extrapiramidais		<input type="checkbox"/> Alteração do Sono		
<input type="checkbox"/> Outros: qual? _____						
DADOS CLÍNICOS						

DADOS CLÍNICOS

43 Presença inicial de sinais psiquiátricos e anormalidades neurológicas posteriores? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	44 Critério de suspeita clínica 1- Esporádica 2- Iatrogênica 3- Hereditária 4- vDCJ	45 Ressonância magnética 1- Normal com difusão 2- Normal sem difusão 3- Típica com difusão 4- Outros normalidades 5- Não realizada
46 EEG 1- Normal 2- Típico 3- Atípico 4- Não realizada	47 Proteína 14.3.3 no LCR 1- Ausente 2- Presente 3- Inconclusivo 4- Em análise 5- Não realizada	48 Proteína TAU no LCR 1- Normal 2- Aumentada 3- Em análise 4- Não realizada
49 Análise Genética (PRNP) 1- Presença de mutação, _____ 2- Ausência de mutação 3- Em análise 4- Não realizada	50 Biópsia cerebral com Encefalopatia Espongiforme? 1- Ausente 2- Presente 3- Em análise 4- Não realizada	
51 Necrópsia cerebral com Encefalopatia Espongiforme? 1- Ausente 2- Presente 3- Em análise 4- Não realizada	52 Imuno-histoquímica para proteína priônica patológica 1- Negativa 2- Positiva 3- Em análise 4- Não realizada	
53 Forma clínica 1- DCJ Esporádica 2- Hereditária 3- DCJ Iatrogênica 4- Nova variante (v DCJ)	54 Classificação da forma clínica 1- Possível 2- Provável 3- Definida	55 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3- Inconclusivo
56 Evolução 1- Óbito do DCJ 2- Outro diagnóstico, qual? _____ 3- Óbito por outras causas, qual? _____ 4- Inconclusivo 9- Ignorado	57 Data do Óbito	58 Data do Encerramento

RESULTADOS DE OUTROS EXAMES

Tipo Exame	Resultado
Tipo Exame	Resultado
Tipo Exame	Resultado

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função	Assinatura