

## Segnalazione dei casi di Malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate

### ALLEGATO 1

**Per la segnalazione dei casi di Malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate deve essere osservato il seguente flusso informativo**

1) Segnalazione immediata, da parte del medico che ha osservato il caso o ha posto il sospetto di Malattia di Creutzfeldt-Jakob o sindromi correlate, mediante utilizzazione dell'apposita scheda di sorveglianza (Nella pagina seguente) da trasmettere via fax o per via elettronica ai seguenti indirizzi:

- Ministero della Salute- Dipartimento della Prevenzione- Ufficio III  
via Sierra Nevada 60, 00144 Roma,  
fax 06 5994 3096  
posta elettronica: [f.maraglino@sanita.it](mailto:f.maraglino@sanita.it)
- Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Virologia, Reparto di Malattie Degenerative del Sistema Nervoso ad Eziologia Virale  
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma  
fax 06 4990 3012  
posta elettronica: [rest@iss.it](mailto:rest@iss.it)
- Azienda Sanitaria Locale in cui è stato avanzato il sospetto diagnostico
- Assessorato alla Sanità della Regione o Provincia Autonoma

2) Gli Enti cui viene fatta la comunicazione, coordinati dal Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità per le rispettive competenze, collaborano con il medico segnalatore e con l'Azienda Unità Sanitaria Locale per il completamento dell'iter diagnostico, quando necessario, e per l'eventuale indagine epidemiologica

3) Comunicazione dell'esito, sia positivo che negativo, dell'esame neuroistopatologico agli indirizzi precedenti.

**Ministero della Salute**  
Dipartimento della Prevenzione  
Ufficio III  
Malattie Infettive  
Via Sierra Nevada 60, 00144 Roma  
fax 06 5994 4242/4320  
e-mail: [f.maraglino@sanita.it](mailto:f.maraglino@sanita.it)

**Istituto Superiore di Sanità**  
Laboratorio di Virologia  
Registro Nazionale della Malattia di Creutzfeldt-  
Jacob e sindromi correlate  
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma  
fax 06 4990 3012  
e-mail: [rest@iss.it](mailto:rest@iss.it)

### SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Medico segnalatore:  
Indirizzo dell'ospedale:  
tel:  
fax:  
e-mail:  
Firma del medico segnalatore  
\_\_\_\_\_

Iniziali del paziente: \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
  
numero cartella clinica \_\_\_\_\_  
data di nascita del paziente \_\_\_\_\_  
data di esordio della malattia: \_\_\_\_\_  
(mese/anno)  
sintomo di esordio: \_\_\_\_\_

#### segnalare la presenza di:

- |   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| - disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - decadimento intellettivo-demenza                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - mioclono  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - altri movimenti involontari                           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - segni piramidali                                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - segni extrapiramidali                                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - segni cerebellari                                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - segni visivi  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - mutismo acinetico                                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - parestesie  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - disestesie dolorose                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                       |
| - EEG caratteristico*                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> NON ESEGUITO <input type="checkbox"/> |
| - Esame liquorale (proteina 14-3-3)                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> NON ESEGUITO <input type="checkbox"/> |

\* (complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

#### Altri esami strumentali effettuati

##### TC CEREBRALE

SI  NO

##### RMN CEREBRALE

SI  NO

##### Fattori di rischio\*\*

(\*\* esempi: registrazioni EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea)

\_\_\_\_\_

la presente scheda compilata in tutte le sue parti, va inviata contemporaneamente, a

Ministero della Salute  
Dipartimento della Prevenzione  
Ufficio III - Malattie Infettive  
via Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma  
fax 06 59944242 – 59944320  
e-mail : [dpv.oemi@sanita.it](mailto:dpv.oemi@sanita.it)

ASL  
di Riferimento

Assessorato Sanità

Istituto Superiore di Sanità  
Laboratorio di Virologia  
R.N. Malattia di Creutzfeldt—Jakob  
e Sindromi Correlate  
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma  
fax 0649903012  
e-mail: [rest@iss.it](mailto:rest@iss.it)

#### DATA: