

Programa de Vigilância das Doenças Humanas por Priões

(Consultar instruções de preenchimento no fim do instrumento de notificação)

1. Dados Gerais

Hospital: _____ N° Código

Médico: _____ N° Processo clínico...

Nome do Doente: _____ Data da Notificação.....

Naturalidade: _____

Residência: _____

Código Postal Localidade: _____

Telefone...

Contacto Familiar (Nome): _____

Residência: _____

Código Postal Localidade: _____

Telefone.....1. 2.

Sexo m f
1 2

Data de Nascimento
d m a

Data de Falecimento
d m a

Idade de início: _____ (anos)

Duração total da doença: _____ (meses)

2. Diagnóstico

2.1 Caso com sintomatologia sugestiva de DHP

DCJ

Esporádica

Possível ☐ 11

Provável ☐ 12

Familiar ☐ 13

Iatrogénica ☐ 14

vDCJ

Provável ☐ 15

2.2 Classificação “post-mortem”

DCJ

Esporádica

Possível ☐ 21

Provável ☐ 22

Confirmada ☐ 23

Iatrogénica ☐ 24

Familiar (genética) ☐ 25

vDCJ

Provável ☐ 26

Confirmada ☐ 27

IFF ☐ 31

SGSS ☐ 41

<h3 style="margin: 0;">3. História Clínica</h3> <p>1º Sintoma (ver código em anexo) _____</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>Data do 1º sintoma..... </p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; margin: 0 auto;"> m a </div> <p>Resumo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<h3 style="margin: 0;">4. Exame neurológico</h3> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">sim</th> <th style="text-align: center;">não</th> <th style="text-align: center;">não sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demência</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Mioclonias</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Sinais cerebelosos</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Sinais piramidais</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Sinais extrapiramidais</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Cegueira cortical</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;">Indique _____</td> </tr> <tr> <td>Disfunção sensitiva</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Mutismo acinético</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;">Indique _____</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	não sabe	Demência	õ	õ	õ	Mioclonias	õ	õ	õ	Sinais cerebelosos	õ	õ	õ	Sinais piramidais	õ	õ	õ	Sinais extrapiramidais	õ	õ	õ	Cegueira cortical	õ	õ	õ	Indique _____				Disfunção sensitiva	õ	õ	õ	Mutismo acinético	õ	õ	õ	Outros	õ	õ	õ	Indique _____			
	sim	não	não sabe																																														
Demência	õ	õ	õ																																														
Mioclonias	õ	õ	õ																																														
Sinais cerebelosos	õ	õ	õ																																														
Sinais piramidais	õ	õ	õ																																														
Sinais extrapiramidais	õ	õ	õ																																														
Cegueira cortical	õ	õ	õ																																														
Indique _____																																																	
Disfunção sensitiva	õ	õ	õ																																														
Mutismo acinético	õ	õ	õ																																														
Outros	õ	õ	õ																																														
Indique _____																																																	

5. Exame complementares

<h3 style="margin: 0;">5.1 EEG</h3> <p>Realizado</p> <p>Típico de DCJ.....õ 1</p> <p>Atípico.....õ 2</p> <p>Desconhecido.....õ 3</p> <p>Pendente.....õ 4</p> <p>Não realizado.....õ 5</p> <p>Não sabe se foi realizado.....õ 9</p> <p style="margin-top: 20px;"><i>Características</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">sim</th> <th style="text-align: center;">não</th> <th style="text-align: center;">não sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Lentificação</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Difusa</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td> Focal</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Actividade Periódica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Generalizada</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td> Lateralizada</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td> Regional</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	não sabe	Normal	õ	õ	õ	Lentificação				Difusa	õ	õ	õ	Focal	õ	õ	õ	Actividade Periódica				Generalizada	õ	õ	õ	Lateralizada	õ	õ	õ	Regional	õ	õ	õ	<h3 style="margin: 0;">5.2 RMN</h3> <p>Realizado</p> <p>Normal.....õ 1</p> <p>Típico.....õ 2</p> <p>Atípico.....õ 3</p> <p>Desconhecido.....õ 4</p> <p>Pendente.....õ 5</p> <p>Não realizado.....õ 6</p> <p>Não sabe se foi realizado.....õ 9</p> <p style="margin-top: 20px;"><i>Características</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">sim</th> <th style="text-align: center;">não</th> <th style="text-align: center;">não sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alterações não específicas</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Atrofia</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Hipersinal no caudado e putamen</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> <tr> <td>Hipersinal no talamo posterior superior ao de outras áreas</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> <td style="text-align: center;">õ</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	não sabe	Alterações não específicas	õ	õ	õ	Atrofia	õ	õ	õ	Hipersinal no caudado e putamen	õ	õ	õ	Hipersinal no talamo posterior superior ao de outras áreas	õ	õ	õ
	sim	não	não sabe																																																						
Normal	õ	õ	õ																																																						
Lentificação																																																									
Difusa	õ	õ	õ																																																						
Focal	õ	õ	õ																																																						
Actividade Periódica																																																									
Generalizada	õ	õ	õ																																																						
Lateralizada	õ	õ	õ																																																						
Regional	õ	õ	õ																																																						
	sim	não	não sabe																																																						
Alterações não específicas	õ	õ	õ																																																						
Atrofia	õ	õ	õ																																																						
Hipersinal no caudado e putamen	õ	õ	õ																																																						
Hipersinal no talamo posterior superior ao de outras áreas	õ	õ	õ																																																						
<h3 style="margin: 0;">5.3 Genética</h3>																																																									
<h4 style="margin: 0;">5.3.1 Polimorfismo codão 129</h4> <p>Realizado</p> <p>MM.....õ 1</p> <p>MV.....õ 2</p> <p>VV.....õ 3</p> <p>Pendente.....õ 4</p> <p>Não realizado.....õ 5</p> <p>Não sabe se foi realizado.....õ 9</p>	<h4 style="margin: 0;">5.3.2 Mutação PRNP</h4> <p>Realizado</p> <p>Sim.....õ 1</p> <p>Qual _____</p> <p>Não.....õ 2</p> <p>Pendente.....õ 3</p> <p>Não realizado.....õ 4</p> <p>Não sabe se foi realizado.....õ 9</p>																																																								

5.4 Proteína 14.3.3 Realizado Positivoð 1 Negativa.....ð 2 Pendente.....ð 3 Não realizado.....ð 4 Não sabe se foi realizado.....ð 9	5.6 Outro exame _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> Realizado.....ð 1 Resultado _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> Pendente.....ð 2
--	--

6. Autópsia

Realizada.....ð 1 Diagnóstico _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> Pendente.....ð 2 Não realizada.....ð 3 Não sabe se foi realizada.....ð 9

7. Factores de risco

7.1 Profissões (últimos 20 anos) 1. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> 2. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> 3. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> 4. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div>	7.2 Passatempos (últimos 20 anos) 1. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> 2. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> 3. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> 4. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div>
---	--

7.3 Terapêutica hormonal Sim.....ð 1 Qual _____ Período: De _____ A _____ Não.....ð 2 Não sabe.....ð 9	7.4 Transfusões Sim.....ð 1 Receptor Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ 2. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ 3. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ Dador Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ 2. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ 3. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ Não.....ð 2 Não sabe.....ð 9
7.5 Intervenções neurocirúrgicas Sim.....ð 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ 2. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ 3. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px auto;"></div> _____ Não.....ð 2 Não sabe...ð 9	

7.6 Vacinas (desde 1980) Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9	7.7 Tratamentos dentários Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9																												
7.8 Medições da pressão intra-oculares Sim..... ☐ 1 Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9	7.9 Lentes de contacto Sim..... ☐ 1 Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9																												
7.10 Cirurgias oculares Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9	7.11 Outras cirurgias Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9																												
7.12 Punções lombares ou outros procedimentos com agulhas (ex. acupuntura) Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9	7.13 Tatuagens e ou “piercings” Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9																												
7.14 Trabalho em quintas Sim..... ☐ 1 Agricultura..... ☐ 11 Com animais..... ☐ 12 Ambos..... ☐ 13 Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9	7.15 Trabalho na industria das carnes Sim..... ☐ 1 Tipo _____ Ano _____ 1. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 2. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 3. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9																												
7.16 Permanência no Reino Unido Sim..... ☐ 1 De _____ A _____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ Não..... ☐ 2 Não sabe..... ☐ 9	7.17 Hábitos alimentares <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th>não sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vegetariano.....</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 3</td> </tr> <tr> <td>Período: de _____ a _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>“Fast Food”</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 3</td> </tr> <tr> <td>Salsicharia e similares.....</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 3</td> </tr> <tr> <td>Carne de vaca.....</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 3</td> </tr> <tr> <td>Outros.....</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 3</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	não sabe	Vegetariano.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	Período: de _____ a _____				“Fast Food”	☐ 1	☐ 2	☐ 3	Salsicharia e similares.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	Carne de vaca.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	Outros.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	sim	não	não sabe																										
Vegetariano.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3																										
Período: de _____ a _____																													
“Fast Food”	☐ 1	☐ 2	☐ 3																										
Salsicharia e similares.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3																										
Carne de vaca.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3																										
Outros.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3																										

7.18 Contacto com animais Sim..... 1 Domésticos..... 2 Estimação..... 2 Ambos..... 2 Outros..... 2 _____ Não..... 2 Não sabe..... 9	7.19 História Familiar Sim..... 1 Doença/Sintomas Parentesco _____ _____ _____ Não..... 2 Não sabe..... 9	
7.20 Outros factores de Risco		
1		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>
2		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>
3		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>
4		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>
5		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>

Instruções para o preenchimento:

1. Não preencher os campos a sombreado.
2. Os números junto às caixas de selecção (2) são para efeitos de codificação. Preencher com um x a referida caixa.
3. Escolher em 2. (Diagnóstico), apenas 2.1 (Caso Suspeito) ou 2.2 (Caso Confirmado). Em eventuais notificações posteriores do mesmo caso, escolher igualmente o que se adaptar à situação.
4. No que respeita às datas, se não for conhecida na sua totalidade, preencher pelo menos o ano.
5. Preencher o inquérito na primeira notificação. Se incompleto, tentar completa-lo posteriormente e reenvia-lo.