

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE:

Raça: _____

Hispanico/Latino: () S () N Cidade e Estado de Residência: _____

Paciente falecido? () S () N Data/Hora do óbito (se for o caso): _____

INFORMAÇÕES MÉDICO SOLICITANTE:

Nome: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Hospital/Instituição: _____

Endereço - Rua/Cidade/Estado: _____

Data da coleta: _____

HISTÓRICO CLÍNICO:

Este formulário deverá ser preenchido pelo médico responsável pelo pedido

Suspeita clínica de doença priônica (Circule um número):

BAIXA 1 - 2 -3 -4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10 ALTA

Sintomas que relacionam com Doença Priônica (Marque todas que se apliquem):

() DÊMENCIA Início: () ATAXIA Início: () MIOCLONIA Início:

() ALTERAÇÕES VISUAIS Início: () EXTRAPIRAMIDAIS Início: () PIRAMIDAIS Início:

() PSIQUIÁTRICOS Início: () OUTROS:

HISTÓRICO SOCIAL E FAMILIAR (Se marcar "Sim", favor dar maiores detalhes)

- O paciente já participou de caçadas?

() Sim () Não

- Circule os animais da caçada:
Veado/Cervo/Alce/Caribu/Outro

• Estado/Província/País: _____

• Ano(s):

- O paciente já comeu carne de caçadas?

() Sim () Não

- Circule os que se aplicam:
Veado/Cervo/Alce/Caribu/Outro

• Estado/Província/País: _____

• Ano(s):

Questionário clínico-epidemiológico para envio de amostra para RT-QUIC/ Versão 01

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

• Há um histórica familiar de doença priônica?
() Sim () Não
• Tipo de doença priônica:
CID/GSS/FFI/Outro
• Parentesco com o paciente: _____

• Histórico familiar de doença neurológica?
() Sim () Não
• Tipo de doença (Alzheimer, etc.):

• Parentesco com o paciente: _____

• O paciente já viajou para o Reino Unido, Europa ou Arábia Saudita entre os anos de 1980-1996?
() Sim () Não
• Países: _____
• Ano(s): _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO

• O paciente já doou sangue?
() Sim () Não
• Local: _____
• Data: _____

• O paciente já recebeu sangue?
() Sim () Não
• Local: _____
• Data: _____

• O paciente já foi submetido a algum desses procedimentos? (Circule o que se aplica)
() Neurocirurgia () Transplante de córnea
() Enxerto de dura-máter () Nenhum
• Local: _____
• Data: _____

• O paciente já teve algum desses tratamentos? (Circule o que se aplica)
() Hormônio de crescimento humano
() Gonadotrofina pituitária () Nenhum
• Local: _____
• Data: _____

ACHADOS RADIOGRÁFICOS

O paciente teve uma MRI sugestiva de doença priônica?

() Sim () Não () Não foi feita uma MRI

O paciente teve um EEG com complexos de ondas agudas?

() Sim () Não () Não foi feita um EEG

Assinatura do paciente

Data

Questionário clínico-epidemiológico para envio de amostra para RT-QUIC/ Versão 01