Information supplémentaire 2

Fiche d'identification du risque de transmission de la maladie de Creutzfeldt Jacob et autres maladies à prions

Feuillet N°1

IDENTIFICATION DU RISQUE DE TRANSMISSION MALADIE CREUTZFELDT-JAKOB (Ou autres maladies à prions) QUESTIONNAIRE PRE-INTERVENTIONNEL

Conformément à l'instruction prion n°449 du 1er décembre 2011, ce questionnaire doit être renseigné impérativement avant toute intervention. Une copie de ce questionnaire doit être transmise à la stérilisation avec la fiche de liaison bloc-stérilisation et les DM.

En l'absence de questionnaire rempli, les DM ne seront pas pris en charge en stérilisation.

Patient :..... **Type d'intervention**..... **Date d'intervention** ..... **Praticien**.....	**ETIQUETTE GILDA** (Sur chaque feuillet)

AVEZ-VOUS PENSE A LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (MCJ) ou à la VARIANTE de la MCJ (vMCJ) ?

① Le patient est-il cliniquement suspect ou atteint de la MCJ ou est-il porteur de signes neurologiques évocateurs de MCJ ?

Le diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob doit être suspecté devant l'apparition récente et l'évolution progressive sans rémission de troubles intellectuels ou psychiatriques associés au moins à un signe neurologique (myoclonies, troubles visuels, syndromes cérébelleux, pyramidaux, extrapyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique) après élimination de toute autre cause.

Oui ☐ **Non ☐**

Patient NON interrogeable ☐

Si OUI à la question 1 : 1) Alerter par téléphone le service de stérilisation*,
2) Renseigner obligatoirement la question N°2,
3) Traiter spécifiquement les liquides de pré-désinfection selon la procédure en vigueur.

② S'agit-il d'un acte à risque ?** **Oui ☐** **Non ☐**

** Actes à risque :
- Neurochirurgie (à l'exclusion de la chirurgie « osseuse » du rachis),
- Ophtalmologie chirurgicale touchant la rétine ou le nerf optique,
- Chirurgie ou endoscopie ORL touchant la muqueuse olfactive.

Et **uniquement** chez le patient atteint ou suspect de **vMCJ (variante de la MCJ)** :
- Contact, biopsie ou curage d'un ganglion,
- Contact, biopsie ou exérèse d'une formation lymphoïde organisée,
- Intubations ou utilisations de masque laryngé,
- Endoscopies ou échographie utilisant le carrefour aérodigestif, endoscopies par voie rectale.

Date : ..... / ..... / .....

Signature du Praticien :

Feuillet 1 : Dossier du patient Feuillet 2 rose : Stérilisation