

SECTION DES MALADIES À PRIONS REQUÊTE D'ANALYSE: PANEL D'ANALYSE DES MARQUEURS PROTÉIQUES DU LCR

Section des maladies à prions
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
téléphone : (204) 789-6078 télécopieur : (204) 789-5009
courriel: CJD@phac-aspc.gc.ca

RENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉDITEUR

ÉTABLISSEMENT :

LABORATOIRE / MINISTÈRE :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE : CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE : TÉLÉCOPIEUR :

COURRIEL :

Nota : Les rapports seront transmis par télécopieur au numéro fourni ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NOM: _____

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) : _____

SEXE : M F

VILLE : PROVINCE :

RENSEIGNEMENTS DE L'ÉCHANTILLON

RÉF. DE L'ÉCHANTILLON : _____

DATE DE PRÉLÈVEMENT (AAAA-MM-JJ) : _____

Nota: 1mL minimum requis. Les échantillons doivent être conservés et expédiés à -80°C. Les échantillons ne doivent pas être xanthochromiques, ni contenir de sang visible.

SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB

Le Système canadien de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (SSMCJ) est exploité par l'Agence de la santé publique du Canada et effectue une surveillance nationale de la maladie à prion humaine au Canada. Les principaux objectifs du SSMCJ sont de mieux comprendre l'épidémiologie des maladies à prions humaines, d'améliorer les options disponibles pour leur diagnostic rapide et précis et de protéger la santé des Canadiens en réduisant les risques de transmission des maladies à prions.

Veuillez noter qu'en soumettant cette demande, les renseignements sur le patient et les résultats du test seront communiqués au SSMCJ, qui peut communiquer avec le médecin traitant. Le diagnostic définitif de la MCJ ne peut être posé qu'après l'autopsie; le suivi peut donc comprendre des tests avec des résultats positifs et négatifs.

Le SSMCJ fournit des services de soutien aux cliniciens et aux patients, y compris l'organisation de l'autopsie et la coordination du diagnostic définitif post-mortem de la MCJ. Pour de plus amples renseignements sur les services offerts par le SSMCJ, veuillez consulter :

<https://www.canada.ca/fr/public-health/services/surveillance/blood-safety-contribution-program/creutzfeldt-jakob-disease.html>

Courriel : cjdsurveillance@phac-aspc.gc.ca

Numéro sans frais : 888-489-2999

ANALYSES REQUISES

PANEL DE DOSAGE DES PROTÉINES DANS LE LCR*
Le panel comprend: EP-QuIC

Test ELISA détectant la protéine 14-3-3

Test ELISA détectant les protéines tau totales
Nota: *Accrédité par le Conseil canadien des normes au laboratoire
numéro 594 (ISO/IEC 17025)

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE : CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE : TÉLÉCOPIEUR :

COURRIEL :

SUSPICION OF CJD

FORTE PROBABILITÉ

FAIBLE PROBABILITÉ

INCONNU



**SECTION DES MALADIES À PRIONS REQUÊTE D'ANALYSE:
PANEL D'ANALYSE DES MARQUEURS PROTÉIQUES DU LCR**

Section des maladies à prions
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
téléphone : (204) 789-6078 télécopieur : (204) 789-5009
courriel: CJD@phac-aspc.gc.ca

FACTEURS DE RISQUE DE LA MCJ (requis)

PROCÉDURES MÉDICALE ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Interventions chirurgicales

Le patient a-t-il subi l'une des interventions suivantes?
(cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- NEUROCHIRURGIE
- GREFF DE CORNÉE
- GREFF DE DURE-MÈRE
- AUCUNE

Traitement médical

Le patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants?
(cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- GONADOTROPHINE PITUITAIRE (cadavérique)
- HORMONE DE CROISSANCE HUMAINE (cadavérique)
- AUCUNE

RÉSULTATS RADIOGRAPHIQUES

Le patient a-t-il eu une IRM suggérant une MCJ?

- OUI
- NON
- IRM non réalisée

Le patient a-t-il eu un EEG avec des complexes d'ondes courtes périodiques?

- OUI
- NON
- EEG non effectué

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Le patient a-t-il des antécédents familiaux de MCJ?

- OUI
- NON

Si oui, quel type de maladie à prion?

- MCJ
- GSS
- IFF

AUTRES :

INDICATIONS DE LA MALADIE

Début de la maladie (AAAA-MM-JJ) : _____

- DÉMENCE
- ATAXIE
- MYOCLONIE
- PROBLÈMES VISUELS
- SIGNES EXTRAPYRAMIDAUX
- SIGNES PYRAMIDAUX
- SIGNES PSYCHIATRIQUES

AUTRES :

HISTORIQUE DE LA CHASSE ET/OU DE LA CONSOMMATION DE GIBIER

Le patient a déjà chassé?

- OUI
- NON

Dans l'affirmative, indiquer le gibier chassé :

- CERF
- WAPITI
- ORIGINAL
- CARIBOU

AUTRE :

Le patient a-t-il déjà consommé du gibier?

- OUI
- NON

Gibier consommé :

- CERF
- WAPITI
- ORIGINAL
- CARIBOU

AUTRE :