Zdroj: Věstník MZ ČR částka 17/2023 Doporučený postup při výskytu případu lidského prionového onemocnění nebo podezření na toto onemocnění ze dne 20. 12. 2023

## **Příloha V**

## **Dotazník pro všechny formy CJN (mimo vCJN)**

Příjmení:……………………… Jméno:……………… pohlaví:….

Datum narození:…………. rodné číslo:………… věk:….

Adresa bydliště:………………………… Obec:………………………….

Místní část, útvar:……………… okres:…………….

Datum 1. příznaků onemocnění:………….. týden onemocnění:…. dg.: A81.0

Datum hlášení onemocnění:………. týden vykázání:………

Import: ano/ne Import odkud:

 kým:

Místo nákazy:………………. Okres nákazy: ……………………….

Místo onemocnění:…………… Okres onemocnění:………….

Pracoviště (adresa):…………………………………………………

Zaměstnání (výběr kategorií dle nabídky v ISIN. Pokud je starobní důchodce, uvést předchozí zaměstnání): např. zdravotnictví (lékař, SZP, atd.)

 zemědělec

 laboratorní pracovník ve zdrav.

Jaké zaměstnání:………………………

Kolektiv:…………………

Etnikum:………………….

Místo izolace:…………………………………………………..

datum izolace:………………

Úmrtí: ano/ne Datum úmrtí:………… Jméno lékaře:……………………….

Poznámka:………………………………..

**Rodinná anamnéza:**

 pacientův manželský stav:………….

 (svobodný/á, ženatý/vdaná, vdovec/vdova, rozvedený/á)

 pacient/ka ženatý/vdaná víc než jednou (ano, ne):

(jestli ano, uveďte bližší údaje o bydlišti, zaměstnání)

Rodinná historie:

 - rodokmen značící roky narození a smrti, příčina

generace

prarodiče:…………….

generace

rodiče:……………………………………………………………………………..

generace

pacienta včetně sourozenců:………………………………………………………

Potvrzení rodinné historie CJN (potvrzena, pravděpodobná, možná, nelze potvrdit, ne):……

Sociální kontakt pacienta s osobou, která onemocněla CJN (ano, ne):………….

pokud ano, uveďte jméno osoby a datum onemocnění

Potvrzení sociálního kontaktu s případem CJN (potvrzena, pravděpodobná, možná nelze potvrdit, ne):…………………………

## **List epidemiologického šetření pro všechny formy CJN (mimo vCJN)**

**Anamnéza pacienta:**

* transplantace orgánů (ano, ne): …………..

pokud ano, kdy, transplantace jakého orgánu, zdrav. zařízení:

…………………………………………………………………………………..

* transfuze krve (ano, ne): …..……………………………………………………………………………….

pokud ano, uvést kdy, důvody (dg), zdrav. zařízení:

……………………………………………………………………………………

* daroval pacient krev (ano, ne): …………..

pokud ano, uvést datum posledního odběru, místo a důvod: …………………..

…………………………………………………………………………………….

* léčba pacienta hormonálními přípravky (ano, ne) ………………………….

datum, druh:………………………………………………………………………

* podrobil se pacient operaci včetně operace očí a mozku (ano, ne, údaj neznámý)…………

pokud ano, uvést datum, typ operace, zdrav. zařízení….......................................................

………………………………………………………………………………………………

* podrobil se pacient (mladší 50 let) vyšetření – testování pro glaukom (ano, ne, neznámo):
……..

pokud ano, uvést datum a popis vyšetření včetně závěru:
…………………………………

* byl pacient testován v rámci alergologické léčby (ano, ne) ……………………..
* měl pacient injekční terapii (cyklus injekcí) (ano, ne) …………………………

pokud ano, uveďte detaily (datum, dg. onemocnění, název terapie, frekvenci aplikace léků):……………………………….

* imunizace pacienta (ano, ne): ………………………………………..

pokud ano, uveďte druh vakcíny, datum aplikace:

……………………………….

* podrobil se pacient akupunktuře a dalším procedurám zahrnujícím porušení integrity kůže: (piercing, tetování, propíchnutí uší):…………………….

pokud ano, jaká procedura:………………………………………………………..

* podrobil se pacient léčbě u psychiatra:……………………………………………

pokud ano, datum, zdrav. pracoviště:……………………………………..………

**Dotazník byl vyplněn údaji poskytnutými kým:**

Příjmení respondenta:………………….. Jméno………………..

Adresa bydliště:…………………………………………………………………….

Telefonní číslo:………………

Výpis ze zdravotní dokumentace poskytl:………………………………………….

Podrobné údaje včetně pitevního protokolu jsou založeny ve spise pod spisovou značkou:

…………………….