

**EVALUATION DU RISQUE « ATNC OU PRIONS »**  
**A remplir obligatoirement par le médecin avant tout acte invasif**

**Le patient est-il suspect\* ou atteint\*\* d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST) ?**  
 Oui  Non

**Le patient s'est-il déclaré être à risque d'avoir été exposé\*\*\* au variant de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob par transfusion (le patient transfusé a reçu une information spécifique) ?**  
 Oui  Non

**Si la réponse OUI est cochée pour une des questions, l'Equipe opérationnelle d'hygiène (poste 50310) et le service de Stérilisation du site doivent être prévenus avant le geste pour organiser au mieux la prise en charge adaptée du matériel réutilisable.**

\* Le diagnostic d'EST doit être suspecté sur la présence, d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques et après élimination de toute autre cause. **Un avis neurologique est indispensable en cas de suspicion.**

\*\* Le diagnostic ne peut être confirmé que sur les résultats d'un examen neuropathologique.

\*\*\* Les patients concernés ont reçu des produits sanguins labiles provenant d'un patient atteint de variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et ont été informés individuellement.

Etiquette du patient	Acte invasif demandé : _____	Date : /___/___/___/___/
	_____	UF : _____
		Nom (lisible) du médecin :
		Signature :



**EVALUATION DU RISQUE « ATNC OU PRIONS »**  
**A remplir obligatoirement par le médecin avant tout acte invasif**

**Le patient est-il suspect\* ou atteint\*\* d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST) ?**  
 Oui  Non

**Le patient s'est-il déclaré être à risque d'avoir été exposé\*\*\* au variant de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob par transfusion (le patient transfusé a reçu une information spécifique) ?**  
 Oui  Non

**Si la réponse OUI est cochée pour une des questions, l'Equipe opérationnelle d'hygiène (poste 50310) et le service de Stérilisation du site doivent être prévenus avant le geste pour organiser au mieux la prise en charge adaptée du matériel réutilisable.**

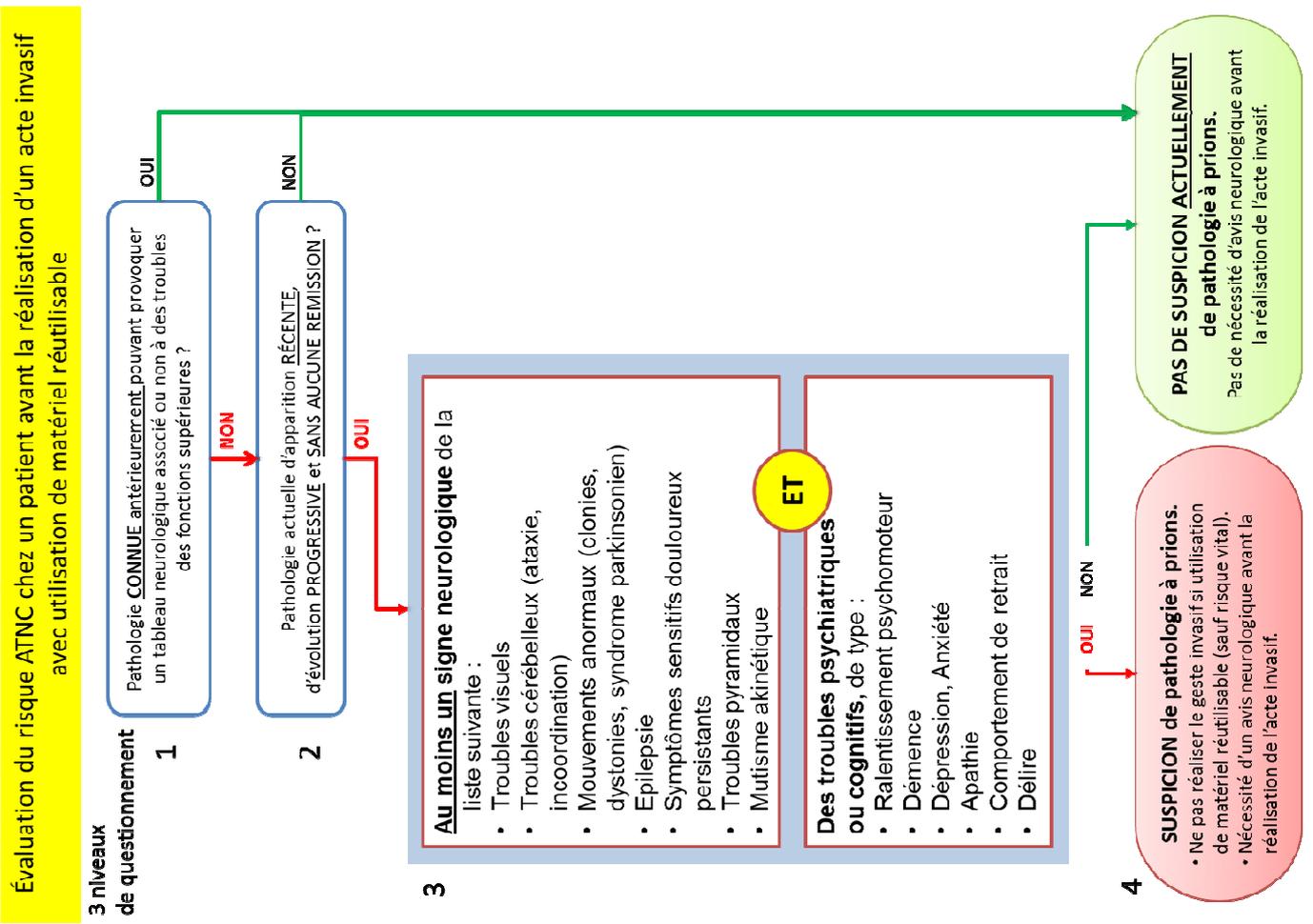
\* Le diagnostic d'EST doit être suspecté sur la présence, d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques et après élimination de toute autre cause. **Un avis neurologique est indispensable en cas de suspicion.**

\*\* Le diagnostic ne peut être confirmé que sur les résultats d'un examen neuropathologique.

\*\*\* Les patients concernés ont reçu des produits sanguins labiles provenant d'un patient atteint de variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et ont été informés individuellement.

Etiquette du patient	Acte invasif demandé : _____	Date : /___/___/___/___/
	_____	UF : _____
		Nom (lisible) du médecin :
		Signature :

**QUAND LE PATIENT EST-IL SUSPECT DE PRESENTER UNE MALADIE A PRIONS ?**



**QUAND LE PATIENT EST-IL SUSPECT DE PRESENTER UNE MALADIE A PRIONS ?**

