



FORMATO REMISIÓN PRUEBA CREUTZFELDT - JAKOB 14-3-3

Fecha: DD MM AAAA

Ciudad:

INFORMACIÓN DEL LABORATORIO REMITENTE

Nombre responsable de remisión: _____

Nombre del laboratorio / hospital: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

MUESTRAS INCLUIDAS (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

___ LCR (por favor tenga en cuenta que requerimos que una muestra de orina sea enviada con cada muestra de LCR, si es posible)

Fecha de toma de la muestra: DD MM AAAA

___ Orina (la orina solamente será conservada para fines de investigación)

Fecha de toma de la muestra: DD MM AAAA

___ Sangre (por favor infórmese de nuestras instrucciones especiales antes de enviar sangre)

Fecha de toma de la muestra: DD MM AAAA

¿Se dispone de tejido adicional (biopsia) para este paciente?

No Sí Por favor descríballo: _____

¿A quién deben remitirse los resultados de la prueba? (Por favor marque todos los que aplican)

Laboratorio remitente Médico remitente

INFORMACIÓN MÉDICO REMITENTE

Nombre completo: _____

Laboratorio / Hospital: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Para todas las muestras enviadas se requiere que una historia clínica completa del paciente sea remitida para ayudar a un diagnóstico adecuado. ¿Se ha remitido la historia clínica del paciente?

Sí, está incluida Sí, fue enviada previamente No, se enviará en sobre separado

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: DD MM AAAA

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

Correo electrónico: _____ Grupo étnico: _____

Inicio de la enfermedad: MM AAAA Fecha de fallecimiento: DD MM AAAA Ciudad de fallecimiento: _____

• ¿El paciente tiene experiencia militar? Sí No



FORMATO REMISIÓN PRUEBA CREUTZFELDT - JAKOB 14-3-3

• ¿El paciente tiene historia de alguna de las siguientes condiciones?

Herpes (Encefalitis) Otras encefalitis virales Infarto cerebral Trauma cerebral agudo Ninguna de las anteriores

• ¿El paciente tiene historia familiar de Creutzfeld - Jakob o de demencia temprana?

Sí, Creutzfeld - Jakob Sí, demencia temprana No

• ¿El paciente tiene historia de viajes al exterior o de hacer comida animales salvajes?

Sí, viajes al exterior ¿A donde? _____

Sí, comió animales salvajes o ha sido cazador No, el paciente no ha tenido ninguna de estas actividades

• ¿El paciente ha donado sangre?

Sí Año: **AAAA** Ciudad: _____ No