

<p>5.5 (続き)</p> <p>その他感覚障害</p> <p>眩暈/めまい</p> <p>仮性球麻痺徴候</p> <p>神経性筋萎縮</p> <p>無動無言状態</p>	<p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p>
<p>5.6 本疾患の経過中、患者は以下に示す神経症状/徴候を示しましたか。(「はい」の場合、最初にその症状/症候を示した年月日はいつでしたか)</p> <p>歩行障害</p> <p>言語障害</p> <p>視覚障害</p> <p>健忘</p>	<p>コーディング: 1=はい、2=いいえ、3=わからない、9=確認できない。「はい」だが、年月日が不明の場合は、09/09/0909としてください</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p>
<p>5.7 病気が始まって以来、患者は精神科医に診てもらったことがありますか。(1=はい、2=いいえ)</p> <p>(「はい」の場合)最初に診断を受けた年月日を記入してください。 (dd/mm/yyyy: 該当しない場合は08/08/0808 と記入してください)</p>	
<p>5.8 患者は、病気が始まってから死亡するまでの間、下記の精神科症状/症候を示したことがありましたか。(「はい」の場合、最初にその症状/徴候があらわれた年月日を記入してください)</p> <p>臨床的抑うつ状態</p> <p>社会的引きこもり</p> <p>意欲減退、無感動</p> <p>不安</p> <p>妄想</p> <p>幻覚</p> <p>攻撃性</p>	<p>コーディング: 1=はい、2=いいえ、3=わからない、9=確認できない。「はい」だが、年月日が不明の場合は、09/09/0909、該当しない場合は、08/08/0808 と記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p> <p><input type="checkbox"/> / /</p>

6. 検査	
6.1 患者は EEG を受けたことがありますか。(1=はい、2=いいえ)	<input type="checkbox"/>
(「はい」の場合)合計何回受けましたか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(「はい」の場合)最後にEEGを受けたのはいつでしたか。 (dd/mm/yyyy)	/ /
Unit 内に EEG の記録/コピーはありますか。(1=はい、2=一部あり、3=いいえ、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
EEGは、Unitのスタッフメンバーにより検討されましたか。(1=はい、すべて。2=はい、一部のみ。3=いいえ。8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
6.2 患者のEEGはCJDに特有な症状(PSD)でしたか。(1=はい、Unit スタッフにより確認された。2=はい、地域スタッフにより報告された。Unitスタッフは確認していない。3=いいえ。8=EEGは行なわれなかった。)	<input type="checkbox"/>
EEGの分類のもとになったものは何ですか。(1=インフォーマル、2=Oxford criteria、3=Gottingen criteria、4="WHO" criteria、8=EEGは行なわれなかった)	<input type="checkbox"/>
(「はい」の場合)最初にEEGに特徴があらわれたのはいつでしたか。(dd/mm/yyyy)	/ /
6.3 患者はCTスキャンを受けましたか。(1=はい、2=いいえ)	<input type="checkbox"/>
(「はい」の場合)何回行ないましたか。	<input type="checkbox"/>
(「はい」の場合)最後のスキャン年月日を記入してください。	/ /
CTスキャン画像は、Unit内に保管されていますか。(1=はい、全部。2=はい、一部。3=いいえ。8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
CTスキャンはUnitのスタッフメンバーによって検討されましたか。(1=はい、全部。2=はい、一部。3=いいえ。8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
6.4 患者は、これまでにCTスキャンで異常を示したことがありましたか。(1=はい、Unitスタッフにより確認された。2=はい、地域スタッフからの報告、Unitスタッフによる確認はできない。3=いいえ。8=CTスキャンは行なわれなかった。)	<input type="checkbox"/>
(「はい」の場合)異常が認められた最初のスキャン年月日は。	/ /
(「はい」の場合)異常を具体的に書いてください。	

<p>6.5 患者はMRIスキャンを受けたことがありますか。(1=はい、2=いいえ)</p> <p>(「はい」の場合) 何回受けましたか。</p> <p>(「はい」の場合) 最後のスキャン年月日を記入してください。(dd/mm/yyyy)</p> <p>MRIスキャン画像は、Unit内で利用することができますか。(1=はい、全部。2=はい、一部、3=いいえ。8=該当しない)</p> <p>MRIスキャンはUnitのスタッフメンバーによって検討されましたか。(1=はい、全部。2=はい、一部。3=いいえ。8=該当しない)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>/ /</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>6.6 患者は、これまでにスキャンで異常を示したことがありましたか。(1=はい、Unitスタッフにより確認された。2=はい、地域スタッフからの報告、Unitスタッフによる確認はできない。3=いいえ。8=MRIスキャンは行なわれなかった。</p> <p>(「はい」の場合) 異常が認められた最初のスキャン年月日は。</p> <p>(「はい」の場合) 異常を具体的に書いてください。</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>/ /</p>
<p>6.7 (異常なMRIスキャン像が、Unit外部の者によって報告された場合)異常スキャンを報告したのは誰ですか。</p> <p>氏名</p> <p>住所</p>	

6.8 CSF 検査値 (もし、検査が行なわれなかった場合は、空欄に8と記入してください。)		
最初に、CSF を行なった年月日 (dd/mm/yyyy)		/ /
結果	蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl
	グルコース	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/L
	細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> count/m3
	14-3-3	<input type="text"/> (1=陰性、2=疑陽性、3=陽性)
	NSE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
	S100b	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
	tau	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/ml
Ig オリゴクローナル バンド	CSF	<input type="text"/> 1=陽性、2=陰性
	血液	<input type="text"/> 1=陽性、2=陰性
2回目に、CSF を行なった年月日 (dd/mm/yyyy)		/ /
結果	蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl
	グルコース	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/L
	細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> count/m3
	14-3-3	<input type="text"/> (1=陰性、2=疑陽性、3=陽性)
	NSE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
	S100b	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
	tau	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/ml
Ig オリゴクローナル バンド	CSF	<input type="text"/> 1=陽性、2=陰性
	血液	<input type="text"/> 1=陽性、2=陰性

Appendix 6

<p>6.9 患者は、肝臓機能検査で異常結果だったことがありますか。 (1=はい、2=いいえ)</p> <p>(「はい」の場合) その異常を具体的に記入してください。最初に異常が出た年月日はいつでしたか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>/ /</p>
<p>6.10 患者は、生化学検査や血液検査といった他のルーチン検査で異常だったことはありますか。(1=はい、2=いいえ)</p> <p>(「はい」の場合) 検査名と異常について記入してください。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>



<p>8 患者の分類</p> <p>8.1 CJDSUIに通知したとき、患者の分類は何でしたか。(1.0=CJD確実例。2.0=CJDほぼ確実例。3.0=CJD疑い例。4.1=診断不確定例。4.2 =非CJDほぼ確実例。4.3=非CJD確実例。5=GSS)</p> <p>(患者が、少なくとも「CJD疑い例」以上／「GSS」以上である場合)病気のカテゴリはどれにあたりますか。(S=弧発性CJD。N=nvCJD。F=家族性CJD。I=医原性CJD。G=GSS。8=該当しない)</p> <p>8.3 臨床情報だけをもとに判断すると、最も高い分類は何ですか。(2=CJDほぼ確実例、3=CJD疑い例、4=上記のどちらでもないCJD、5=GSS)</p> <p>8.4 このレビューが終了時、患者の分類は何になりますか。(1.0=CJD確実例。2.0=CJDほぼ確実例。3.0=CJD疑い例。4.1=診断不確定例。4.2 =非CJDほぼ確実例。4.3=非CJD確実例。5=GSS)</p> <p>(患者が少なくとも「CJD疑い例」以上／「GSS」以上である場合)病気のカテゴリはどれにあたりますか。(S=弧発性CJD。N=nvCJD。F=家族性CJD。I=医原性CJD。G=GSS。8=該当しない)</p> <p>8.5 (患者が少なくとも「CJD疑い例」以上／「GSS」以上である場合)発症時の患者の臨床症状は何でしたか。(1=急速に進行する痴呆。2=ハイデンハイン。3=純粋に精神科的症状。4=進行が遅い痴呆。5=純粋な小脳症状。6=脳卒中様の発症。7=その他。8=該当しない。9=確認不可能/証拠消失)</p>	<p><input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	---

## CJDサーベイランスUnit 通知フォーム

患者氏名 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 死亡年月日 \_\_\_\_\_

通知年月日 \_\_\_\_\_

通知者 \_\_\_\_\_

コンサルタント名 \_\_\_\_\_

SHO/登録機関 \_\_\_\_\_

病院/区 \_\_\_\_\_

### 経過

### 診察

ミオクローヌス	錐体路徴候
無動無言状態	錐体外路徴候
皮質盲	前頭葉徴候
小脳徴候	その他

### 検査

EEG

CSF

CT

MRI

14-3-3

その他



リスクファクター

GH/GnTh

NeuroS<sup>x</sup>

手術

職業

FH

チェックリスト

1. 対照
2. 記録
3. 血液
4. CSF
5. 尿
6. インタビューされる家族
7. EEG

その他の情報

分類(通知時)

## 極秘: 緊急に行なうこと

### UK Blood Transfusion Services へのvCJDの通知

電話により†Medical Director (欄外参照)へ通知後、文書(ファックスまたは郵便)による確認を行なってください。NCJDSUIに一部コピーを残すこと。患者を特定できないようにしたコピーを、「1st クラスポスト」により)下記に詳細のあるDH、またはMCAに送ること。

通知者:		通知年月日:	
------	--	--------	--

名字:		旧姓/結婚前名字:	
名前:		性別: (MかFどちらかに○印)	M      F
生年月日:		推定献血者(どちらかに○印)	はい    いいえ
最新の住所			
その前の住所: (年月日)			
献血した年月日:			
献血した場所:(年月日)			
追加情報			
* vCJDの状況 (どちらかに○印を)	強く疑われる	確実にvCJD	

通知を受けた国:			
イングランド	スコットランド	ウェールズ	北アイルランド

† 通知先:	プラス、人物の特定ができないようにしたコピー (1st クラスポストを使って)の送付先:
Medical Director: National Blood	Dr Michael McGovern DH
Medical Director: Scottish NBTS	Dr Ileen Keel SODOH
Medical Director: Welsh BTS	Dr Bill Smith Welsh Office
Medical Director: N. Ireland BTS	Dr Adrian Mairs DHSS (NI)
	Dr Francis Rotblat MCA

† 削除するも可

\* 状況が変わった場合、さらなる通知が必要