



**OBJAWY W TRAKCIE TRWANIA CHOROBY** \*: Informacje należy zebrać od *specjalisty neurologa*, a w przypadku, gdy pacjent nie był badany przez neurologa, od innego lekarza.

\*zaznaczyć wszystkie właściwe

Informacje od:  neurologa  lekarza innej specjalizacji, jakiej?.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mioklonie                 | <input type="checkbox"/> Zaburzenia widzenia               |
| <input type="checkbox"/> Płaszawica lub dystonie   | <input type="checkbox"/> Utrzymujące się zaburzenia bólowe |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia piramidowe     | <input type="checkbox"/> Ataksja                           |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia pozapiramidowe | <input type="checkbox"/> Demencja                          |
| <input type="checkbox"/> Mutyzm akinezyjny         | <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiatryczne         |
| <input type="checkbox"/> Inne, jakie? .....        |  |

**BADANIA DODATKOWE**

(podać datę *ostatniego* badania i wynik lub zaznaczyć, że badanie jest w trakcie):

	WYNIK BADANIA	OSOBA WYKONUJĄCA / MIEJSCE BADANIA	DATA
EEG			
Płyn m.-rdz. (ogólne)			
MRI			
Białko 14-3-3			
Biopsja migdałków			
Inne: .....			
.....			

**BADANIA GENETYCZNE**

(podać datę badania i wynik lub zaznaczyć, że badanie jest w trakcie):

- Kodon 129: MM MV VV.....data:
- Mutacje w PrP.....data:

**BADANIE NEUROATOLOGICZNE**

OSOBA WYKONUJĄCA BADANIE: .....

MATERIAŁ: .....

<b>Opis:</b>
--------------

**INFORMACJE DODATKOWE:**

Możliwość zakażenia jatrogenego:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> przeszczep opony twardej        | <input type="checkbox"/> terapia hormonem wzrostu poch. ludzkiego |
| <input type="checkbox"/> przeszczep rogówki              | <input type="checkbox"/> terapia gonadotropiną poch. ludzkiego    |
| <input type="checkbox"/> inne operacje neurochirurgiczne | <input type="checkbox"/> stereotaktyczne EEG                      |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie?                    |   |

Choroby neurodegeneracyjne w rodzinie (podać stopień pokrewieństwa i rozpoznanie):

.....

.....

**OSTATECZNE ROZPOZNANIE**.....

..... dzień mies. rok

KLASYFIKACJA:.....DATA:..... EW. ZMIANY:.....DATA:.....  
(nie wypełniać)