

FORMULARIODescargado de www.luzyfuerzabasalud.com.ar**CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA**

Localidad: _____ a los: _____ días del mes de: _____ del: 20 _____

Por medio de la presente se deja constancia que la / el paciente:

Apellido y Nombre: _____

DNI N°: _____ Fecha de nacimiento: _____

tiene Enfermedad Celíaca diagnosticada en el año: _____

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL DIAGNÓSTICOClínica: SINTOMÁTICO ASINTOMÁTICO SUBCLÍNICO**SEROLOGÍA**

Serología al diagnóstico	Resultado	
ANTITRASGLUTAMINASA IgA		(Indique el valor obtenido)
ANTIENDOMISIO IgA		(Indique + / -)
PEPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA Igg		(Indique el valor obtenido)
ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA		(Indique el valor obtenido)

BIOPSIA DEL INTESTINO DELGADO efectuado en:

Institución: _____ Fecha: _____

Protocolo: _____ Grado: (Clasificación de Marsh) o Enteropatía Grado o Atrofia Vellosoitaria

3a III 3b IV 3c

En el caso de que el grado encontrado sea menor, deberá justifica su diagnóstico. _____

La biopsia no fue efectuada con motivo de: _____

Y el diagnóstico se fundamenta en los siguientes criterios clínicos y de laboratorio _____

los que son válidos y suficientes para el diagnóstico de Enfermedad Celíaca.

Dado que se trata de una enfermedad crónica,
este certificado se extiende por única vez.**FIRMA DEL MÉDICO**
ACLARACIÓN / SELLO