



ALLEGATOD alla Dgr n. 2712 del 29 dicembre 2014

TIMBRO CENTRO CERTIFICATORE:

CERTIFICAZIONE DI CELIACHIA PER IL RILASCIO DEI BUONI ACQUISTO MENSILIA FAVORE DI PAZIENTI ADULTI

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome \_\_\_\_\_
Cognome \_\_\_\_\_
Codice fiscale [ ]
Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
Sesso (M o F) [ ] BMI [ ]
Provincia e ULSS di residenza [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

PRESTAZIONI EFFETTUATE

Visita gastroenterologica presso Centro autorizzato alla diagnosi di celiachia Sì [ ] No [ ]
Anamnesi familiare per celiachia + [ ] - [ ]
Sintomatologia + [ ] - [ ]

Se Sì:
- eseguita a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- tipo di lesione secondo la classificazione di:
Marsh/Oberhuber [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3a ] [ 3b ] [ 3c ]
Corazza/Villanacci [ A ] [ B1 ] [ B2 ]
Biopsia duodenale Sì [ ] No [ ]
Se 0 o 1 oppure A motivare: \_\_\_\_\_

Se No, motivare: \_\_\_\_\_

Ab anti tTGlgA Sì [ ] No [ ]
Se Sì, l'esito è stato: + [ ] - [ ]
Se positivo: < 10 x cut off [ ] > 10 x cut off [ ]

Dosaggio IgA Sì [ ] No [ ]
Se Sì, l'esito è stato: normale [ ] deficit [ ]
Se deficit, altre indagini: \_\_\_\_\_

Note (indicare ulteriori indagini eseguite): \_\_\_\_\_
Test HLA DQ2/DQ8 Sì [ ] No [ ]
Se Sì, l'esito è stato: + [ ] - [ ]
Se No, motivare: \_\_\_\_\_

Compilazione obbligatoria di tutti i dati

Sulla base degli esiti istologici, sierologici e clinici sopra riportati, si certifica che il paziente è affetto da celiachia e quindi ha diritto al rilascio dei buoni acquisto per alimenti senza glutine e del codice di esenzione 659 ai sensi della normativa vigente.

Timbro e firma del medico certificatore

Data di compilazione ...../...../.....

Certificato da presentare al Distretto di residenza



*Timbro e firma del medico certificatore*

Data di compilazione ...../...../.....