

TIMBRO CENTRO CERTIFICATORE:

**CERTIFICAZIONE DI CELIACHIA
PER IL RILASCIO DEI BUONI ACQUISTO
MENSILI A FAVORE DI PAZIENTI PEDIATRICI**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE												
Nome	_____											
Cognome	_____											
Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Data di nascita	___ / ___ / _____											
Sesso (M o F)	<input type="checkbox"/>											
Provincia e ULSS di residenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PRESTAZIONI EFFETTUATE												
Visita gastroenterologica presso Centro autorizzato alla diagnosi di celiachia	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Anamnesi familiare per celiachia	+	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	Sintomatologia	+	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Ab anti tTGlgA	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Sì, l'esito è stato:	+	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	Se positivo:	< 10 x cut off	<input type="checkbox"/>	> 10 x cut off	<input type="checkbox"/>
Dosaggio IgA	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Sì, l'esito è stato:	normale	<input type="checkbox"/>	deficit	<input type="checkbox"/>					
	Se deficit di IgA o età < 2 anni		Ab anti tTGlgG oppure anti DTP IgG	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Sì, l'esito è stato:	+	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>		
Ab anti EMA	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Sì, l'esito è stato:	+	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>					
Test HLA	DQ2 <input type="checkbox"/>	DQ8 <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Sì, l'esito è stato:	+	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>			
Biopsia duodenale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Sì:	- eseguita a _____ il ___ / ___ / _____ - tipo di lesione secondo la classificazione di: Marsh/Oberhuber <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3a <input type="text"/> 3b <input type="text"/> 3c Corazza/Villanacci <input type="text"/> A <input type="text"/> B1 <input type="text"/> B2								
			Se 0 o 1 oppure A motivare:	_____								
		Se No	Non eseguita biopsia secondo le linee guida ESPGHAN <input type="checkbox"/>									
		oppure 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 ai sensi della normativa vigente.

Timbro e firma del medico certificatore

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

Certificato da presentare al Distretto di residenza

