

## Formulario de empadronamiento Programa de Celiaquía

Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

N° de asociado: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ESTADO CLÍNICO

Sintomático \_\_\_\_\_ Asintomático \_\_\_\_\_ Subclínico \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Otras patologías \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ESTUDIOS

Serología	Resultado	Fecha de realización
Antitransglutaminasa IgA	_____	_____
Antiendomisio IgA	_____	_____
Peptido deaminado de Gliadina IgG	_____	_____
Anticuerpo Antigliadina IgA	_____	_____

**Biopsia de intestino delgado** **Fecha de realización**

Grado: (clasificación de Marsh) o Enteropatía Grado o Atrofia Vellositaria

3a                      3b                      3c                      III                      IV

En caso de que el grado sea menor deberá justifique su diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Profesional de Cam Doctor: SI NO

Matrícula: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico

El presente formulario reviste calidad de declaración jurada y resulta condición necesaria acompañarlo de los estudios realizados.