

CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Por la presente se deja constancia que la/el paciente _____

DNI N° _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ tiene Enfermedad Celíaca diagnosticada en el año _____ .

Información requerida para el diagnóstico**Clínica:** Sintomático Asintomático Subclínico**Serología:**

Serología al diagnóstico	Resultado	
Antitransglutaminasa IgA		(Indique el valor obtenido)
Antiendomiso IgA		(Indique + / -)
Peptido deaminado de Gliadina IgG		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpo Antigliadina IgA		(Indique el valor obtenido)

Biopsia del intestino delgado efectuada en: _____

Institución: _____ Fecha ___/___/___ .

Protocolo: _____ Grado: (clasificación de Marsh) o Enteropatía Grado o Atrofia Vellosofaria.

 3 a 3 b 3 c III IV

En el caso de que el grado encontrado sea menor, deberá justificar 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 y sello médico