

## REGISTRO ÚNICO DE PACIENTES CELIACOS AFILIADOS A SEMPRE

### DATOS DEL PACIENTE CELIACO

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FECHA DE DIAGNOSTICO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pcia.DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ MEDICO QUE DIAGNOSTICÓ: \_\_\_\_\_

N° DE PROTOCOLO de BIOPSIA: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### SÍNTOMAS DIGESTIVOS (Marcar con una x)

DIARREA CRÓNICA:	ESTEATORREA	GASTRITIS CRÓNICA:	CONSTIPACIÓN CRÓNICA:
AFTAS BUCALES	DISTENCIÓN ABDOMINAL:	INTOLERANCIA A LA LACTOSA	ANEMIAS:
OTROS:			

### SÍNTOMAS EXTRADIGESTIVOS (Marcar con una x)

RETRASO DE LOS CARÁCTER. SEXUALES SECUNDARIOS:	HIPOPLASIA DEL ESMALTE DENTAL	SIGNOS CARENCIALES DE NUTRIENTES:	EPILEPSIA:
ARTRITIS:	CALCIFIC. BILATER CEREBRALES	INFERTILIDAD:	HIPOTIROIDISMO:
HIPOGONADISMO:	DE CAUSAS INESPECÍFICA:	OSTEOPOROSIS:	ABORTOS A REPETICIÓN:
RAQUITISMO:	EDEMAS:	OSTEOPENIA:	FRACTURAS ESPONTÁNEAS:
DISLIPEMIA:	DEPRESION Y FOBIAS:	OTROS:	HEMORRAGIAS:

### PATOLOGÍAS ASOCIADAS Y/O FAMILIARIDAD (Marcar con una x)

DIABETES tipo 1:	DERMATITIS HERPETIFORME:	DÉFICIT DE IGA:
SÍNDROME DE DOWN:	FIBROSIS QUISTICA:	DESNUTRICIÓN:
ENFERMEDAD DE CROHN:	GASTRITIS CRÓNICA:	HEPATITIS CRÓNICA:
HIPOTIROIDISMO:	PADRE DE CELIACO:	HIJO DE CELIACO:
HERMANO DE CELIACO:	OTROS:	

### DATOS NUTRICIONALES AL DIAGNOSTICO

Normal	Normal
TALLA (CM) Baja	PESO (Kg.) Baja
Aumentada	BMI
TRATAMIENTO NUTRICIONAL: SI	REQUIERE SUPLEMENTACION ESPECIAL:
NO	
OBSERVACIONES:	

### ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

#### ENDOSCOPIA

#### LABORATORIO

Dosaje de Ig A total  
Antitransglutaminasa IG A  
Anticuerpos Antiendomiso  
Otros:

#### BIOPSIA

#### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Hemograma  
Hepatograma  
Glucemia:  
Calcemia:  
Fósforo

TSH  
Ionograma:  
Coagulograma  
Coproparasitológico  
Densitometría:

.....  
Firma del titular afiliado y/o tutor

.....  
Firma y sello del médico

Esta ficha tiene carácter de declaración jurada y debe ser firmada por el paciente o afiliado titular y el médico tratante: gastroenterólogo, clínico, pediatra o nutricionista