Ministerio de Salud

ANEXO I

CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

Lugar Fecha

Por la presente se deja constancia que el/la 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 diagnostico	**Resultado**	
Antitransglutaminasa IgA		(Indique el valor obtenido)
Antiendomisio IgA		(Indique + / -)
Peptido deaminado de Gliadina IgG		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpo Antigliadina IgA		(Indique el valor obtenido)

Biopsia de intestino delgado efectuada en :

Institución: .....**Fecha**.....

Protocolo: Grado: (Clasificación de Marsh) ó Enteropatía Grado o Atrofia vellositaria

3 a ☐ III ☐

3 b ☐ IV ☐

3 c ☐

En 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