

REGISTRO DE PACIENTE CELIACO

Datos del Paciente:

Apellido y Nombre: Nro de afil.....

D.N.I.:.....Fecha de nacimiento / / Titular ☐ Optativo ☐

Domicilio:.....Localidad:..... Tel:.....

Fecha de diagnóstico de la enfermedad / / Médico que diagnosticó:.....

Fecha de biopsia / /

SINTOMAS DIGESTIVOS (marcar con una x)

Diarrea Crónica	☐	Gastritis Crónica	☐
Aftas Bucales	☐	Intolerancia a la lactosa	☐
Esteatorrea	☐	Constipación crónica	☐
Distensión abdominal	☐	Anemias	☐

SINTOMAS EXTRADIGESTIVOS (marcar con una x)

Artritis	☐	Edemas	☐
Hipogonadismo	☐	Osteoporosis	☐
Raquitismo	☐	Epilepsia	☐
Dislipemia	☐	Hipotiroidismo	☐
Hemorragias	☐	Osteopenia	☐
Abortos a repetición	☐	Fracturas espontáneas	☐

PATOLOGIAS ASOCIADAS Y/O FAMILIARIDAD (marcar con una x)

Diabetes	☐	Gastritis crónica	☐
Síndrome de Down	☐	Hepatitis crónica	☐
Enfermedad de Crohn	☐	Desnutrición	☐
Hipotiroidismo	☐	Dermatitis	☐
Padre de celíaco	☐	Déficit de IGA	☐
Fibrosis quística	☐	Hijo de celíaco	☐

DATOS NUTRICIONALES AL DIAGNOSTICO

Talla:.....Peso:.....

Tratamiento nutricional:.....

Observaciones:.....

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Endoscopia:.....Laboratorio:.....

Biopsia:.....Estudios complementarios.....

Fecha / /

Firma y sello del médico

Firma del titular.....