

Ente di provenienzaCodice Ente

Cognome Nome M F

Data di nascita

SINTOMATOLOGIA

<p>INAPPETENZA</p> <p><input type="checkbox"/> ANORESSIA</p> <p><input type="checkbox"/> DOLORI ADDOMINALI</p> <p><input type="checkbox"/> VOMITO</p> <p><input type="checkbox"/> ARRESTO DELLA CRESCITA</p> <p><input type="checkbox"/> FENOMENO DI RAYNAUD</p> <p><input type="checkbox"/> ADDOME GLOBOSO ASSOCIATO AD ATROFIA DEGLI ARTI</p> <p><input type="checkbox"/> ALTERAZIONE DELL'UMORE E DEL CARATTERE</p>	<p>BASSA STATURA</p> <p><input type="checkbox"/> ANEMIA DA CARENZA DI FERRO CHE NON RISPONDE ALLA TERAPIA ORALE</p> <p><input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSI</p> <p><input type="checkbox"/> DISPLASIA DELLO SMALTO DENTARIO</p> <p><input type="checkbox"/> DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI</p> <p><input type="checkbox"/> IPERTRANSAMINASEMIA</p> <p><input type="checkbox"/> DERMATITE ERPETIFORME</p> <p><input type="checkbox"/> RACHITISMO</p>
--	--

RICERCA ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI, ENDOMISIO, GLIADINA:

SCREENING SOSPETTO CLINICO MORBO CELIACO: SI NO

MONITORAGGIO PER MALATTIA CELIACA: SI NO

RICERCA HLA MORBO CELIACO:

SCREENING PREDISPOSIZIONE GENETICA MORBO CELIACO SI NO

RISULTATI PRECEDENTI SI NO

Se sì indicare il risultato.....

FAMILIARITA' PER MORBO CELIACO SI NO

Se sì indicare il nome e cognome del familiare, il grado di parentela e l'esito

.....

ESITI ALTERATI DI ESAMI DI LABORATORIO: SI NO

Se sì indicare l'esame ed il valore:.....

Data