REGIONE DEL VENETO
giunta regionale – 9^ legislatura

ALLEGATOD alla Dgr n. 2712 del 29 dicembre 2014

TIMBRO CENTRO CERTIFICATORE:

CERTIFICAZIONE DI CELIACHIA PER IL RILASCIO DEI BUONI ACQUISTO MENSILIA FAVORE DI PAZIENTI ADULTI

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome _____

Cognome _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita ____ / ____ / _____

Sesso (M o F) [ ] BMI [ ]

Provincia e ULSS di residenza [ ][ ][ ][ ][ ]

PRESTAZIONI EFFETTUATE

Visita gastroenterologica presso Centro autorizzato alla diagnosi di celiachia: Sì [ ] No [ ]

Anamnesi familiare per celiachia: + [ ] - [ ]

Sintomatologia: + [ ] - [ ]

Biopsia duodenale: Sì [ ] No [ ]

Se Sì:
- eseguita a _____ il ____ / ____ / _____
- tipo di lesione secondo la classificazione di:
  - Marsh/Oberhuber: [0] [1] [2] [3a] [3b] [3c]
  - Corazza/Villanacci: [A] [B1] [B2]

Se 0 o 1 oppure A motivare: _____

Se No, motivare:

Ab anti tTGIgA: Sì [ ] No [ ]

Se Sì, l'esito è stato: + [ ] - [ ]

Se positivo: < 10 x cut off [ ] > 10 x cut off [ ]

Dosaggio IgA: Sì [ ] No [ ]

Se Sì, l'esito è stato: normale [ ] deficit [ ]

Se deficit, altre indagini:

Note (indicare ulteriori indagini eseguite): _____

Test HLA DQ2/DQ8: Sì [ ] No [ ]

Se Sì, l'esito è stato: + [ ] - [ ]

Se No, motivare:

Compilazione obbligatoria di tutti i dati

Sulla base degli esiti istologici, sierologici e clinici sopra riportati, si certifica che il paziente è affetto da celiachia e quindi ha diritto al rilascio dei buoni acquisto per alimenti senza glutine e del codice di esenzione 659 ai sensi della normativa vigente.

Timbro e firma del medico certificatore

Data di compilazione ...../...../.....

Certificato da presentare al Distretto di residenza

ALLEGATOD alla Dgr n. 2712 del 29 dicembre 2014

TIMBRO CENTRO CERTIFICATORE:

CERTIFICAZIONE DI CELIACHIA PER IL RILASCIO DEI BUONI ACQUISTO MENSILIA FAVORE DI PAZIENTI PEDIATRICI

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome _____

Cognome _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita ____ / ____ / ____

Sesso (M o F) | |

Provincia e ULSS di residenza | | | | | |

PRESTAZIONI EFFETTUATE

Visita gastroenterologica presso Centro autorizzato alla diagnosi di celiachia: Sì | | No | |

Anamnesi familiare per celiachia: + | | - | |

Sintomatologia: + | | - | |

Ab anti tTGIgA: Sì | | No | |

Se Sì, l'esito è stato: + | | - | |

Se positivo: < 10 x cut off | | > 10 x cut off | |

Dosaggio IgA: Sì | | No | |

Se Sì, l'esito è stato: normale | | deficit | |

Se deficit di IgA o età < 2 anni — Ab anti tTGIgG oppure anti DTP IgG: Sì | | No | |

Se Sì, l'esito è stato: + | | - | |

Ab anti EMA: Sì | | No | |

Se Sì, l'esito è stato: + | | - | |

Test HLA: DQ2 | | DQ8 | |

Sì | | No | |

Se Sì, l'esito è stato: + | | - | |

Biopsia duodenale: Sì | | No | |

Se Sì:

- eseguita a _____ il ____ / ____ / ____
- tipo di lesione secondo la classificazione di:

Marsh/Oberhuber: 0 | 1 | 2 | 3a | 3b | 3c

Corazza/Villanacci: A | B1 | B2

Se 0 o 1 oppure A motivare: _____

Se No: Non eseguita biopsia secondo le linee guida ESPGHAN | |

oppure motivare _____

Compilazione obbligatoria di tutti i dati

Sulla base degli esiti istologici, sierologici e clinici sopra riportati, si certifica che il paziente è affetto da celiachia e quindi ha diritto al rilascio dei buoni acquisto per alimenti senza glutine e del codice di esenzione 659 ai sensi della normativa vigente.

Timbro e firma del medico certificatore

Data di compilazione ...../...../.....

Certificato da presentare al Distretto di residenza