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