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 MENSILI A 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