



## PROGRAMA CONTROL DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

### FICHA DE CONTRARREFERENCIA PARA RENOVAR PRESTACIONES

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Afiliado OSEP N°:

\*Documento N°:

\*Edad:

Estado Nutricional:

Controles médicos realizados:   Controles nutricionales:

Asistencia a Talleres nutricionales:   Estado Nutricional:

Valor y resultado del Ac. Ig. Anti Transglutaminasa: **(Adjuntar foto de análisis)** \_\_\_\_\_

Valor y resultado del Ac. Ig. Anti Gliadina: \_\_\_\_\_

Patologías asociadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico Tratante