

REGISTRO ÚNICO DE PACIENTES CELIACOS

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____ *Edad:

Fecha de Nacimiento: ___/___/___/ *Documento N°: Afiliado OSEP N°:

Domicilio: _____ Departamento: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___/

Pcia. DE DIAGNÓSTICO: _____ Médico que Diagnosticó: _____

N° DE PROTOCOLO de BIOPSIA: Fecha de ingreso al programa: ___/___/___/

SÍNTOMAS DIGESTIVOS (Marcar con una x)

Diarrea Crónica <input type="checkbox"/>	Esteatorrea <input type="checkbox"/>	Gastritis Crónica <input type="checkbox"/>	Constipación Crónica <input type="checkbox"/>
Aftas Bucales <input type="checkbox"/>	Distención Abdominal <input type="checkbox"/>	Intolerancia a la Lactosa <input type="checkbox"/>	Anemias <input type="checkbox"/>
Otros: <input type="text"/>			

SÍNTOMAS EXTRADIGESTIVOS (Marcar con una x)

Retraso de los Carácter Sexuales Secundarios <input type="checkbox"/>	Hipoplasia del Esmalte Dental <input type="checkbox"/>	Signos carenciales de nutrientes: <input type="checkbox"/>			
Epilepsia <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/>	Calcific. Bilater Cerebrale de Causas Inespecifica <input type="checkbox"/>		
Infertilidad <input type="checkbox"/>	Abortos a Repetición <input type="checkbox"/>	Signos carenciales de nutrientes <input type="checkbox"/>	Hipogonadismo <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/>	
Fracturas Espontáneas <input type="checkbox"/>	Raquitismo <input type="checkbox"/>	Edemas <input type="checkbox"/>	Osteopenia <input type="checkbox"/>	Hemorragias <input type="checkbox"/>	Dislipemia <input type="checkbox"/>
Depresión y Fobias <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="text"/>				

PATOLOGÍAS ASOCIADAS Y/O FAMILIARIDAD (Marcar con una x)

Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/>	Dermatitis Herpetiforme <input type="checkbox"/>	Déficit de Iga <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down <input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística <input type="checkbox"/>
Desnutrición <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/>	Gastritis Crónica <input type="checkbox"/>	Hepatitis Crónica <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>
Padre de Celiaco <input type="checkbox"/>	Hijo de Celiaco <input type="checkbox"/>	hermano de celiaco <input type="checkbox"/>	otros <input type="text"/>	

DATOS NUTRICIONALES AL DIAGNOSTICO

Talla (CM): Normal Baja Aumentada Peso (Kg.): Normal Baja Aumentada BMI:

Tratamiento Nutricional: SI NO Requiere Suplementación Especial:

Observaciones:

Firma y sello de la nutricionista

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Endoscopia	Biopsia	
Laboratorio	Estudios Complementarios	
Dosaje de Ig A total	Hemograma	TSH
Antitransglutaminasa Ig A	Hepatograma	Ionograma
Anticuerpos Anti endomisio	Glucemia	Coagulograma
Otros	Calcemia Fósforo	Coproparasitológico
	Fósforo	Densitometría

Firma del titular afiliado y/o tutor

Firma y sello del Médico