SCHEDA ANAMNESTICA MORBO CELIACO

Nome paziente o codice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita …./…. /….

Residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| SINTOMATOLOGIA |
|  INAPPETENZA* ANORESSIA
* DOLORI ADDOMINALI
* VOMITO
* ARRESTO DELLA CRESCITA
* FENOMENO DI RAYNAUD
* ADDOME GLOBOSO ASSOCIATO AD ARTROFIA DEGLI ARTI
* ALTERAZIONE DELL’UMORE E DEL CARATTERE
 |  BASSA STATURA* ANEMIA DA CARENZA DI FERRO CHE NON RISPONDEALLA TERAPIA ORALE
* OSTEOPENIA/OSTEOPOROSI
* DISPLASIA DELLO SMALTO DENTARIO
* DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI
* IPERTRANSAMINASEMIA
* DERMATITE ERPETIFORME
* RACHITISMO
 |

**RICERCA ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI, ENDOMISIO, GLIADINA:**

SCREENING *SOSPETTO* CLINICO MORBO CELIACO: SI NO

MONITORAGGIO PER LA MALATTIA CELIACA: SI NO

**RICERCA HLA MORBO CELIACO:**

SCREENING PREDISPOSIZIONE GENETICA MORBO CELIACO SI NO

RISULTATI PRECEDENTI SI NO

SE SI’ INDICARE IL RISULTATO ………………………………………………………………………

FAMILIARITA’ PER MORBO CELIACO SI NO

SE SI INDICARE IL NOME E IL COGNOME DEL FAMILIARE, IL GRADO DI PARENTELA E L’ESITO

………………………………………………………………………………………………………………………

***ESITI ALTERATI DI ESAMI DI LABORATORIO:*** *SI NO*

SE SI’ INDICARE L’ESAME ED IL VALORE …………………………………………………………

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

 Il Medico Richiedente