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