



Presidio di rete per la Malattia Celiaca ai sensi del DM n.279/01 e s.m.i.

U.O.....

Resp. di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROTOCOLLO n. ....

### CERTIFICATO DI MALATTIA CELIACA E DERMATITE ERPETIFORME

Si certifica che il / la Sig. / Sig.ra

Nato /a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

È affetto /a da Malattia Celiaca, codice di esenzione 059, e necessita di dietoterapia a vita con alimenti privi di glutine in base al genere e alla fascia di età (DM 08/06/01 e s.m.i.)

#### CRITERI DIAGNOSTICI

1. Specificare sintomi o patologie associate o screening per familiarità che hanno motivato l'esecuzione delle indagini specifiche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Sierologia (riportare titolo anticorpale e valori normali degli esami eseguiti):

IgA sieriche	IgA(t)	IgA-EmA	DGP-MG/A
	IgG(t)	IgG-EmA	IgA
		IgG-EmG	DGP-MG/A
		IgA	IgG

3. Biopsia: eseguita  a dieta libera  agglutinata  NON eseguita  in paziente pediatrico  In paziente adulto  Rispondenza requisiti ESPGHAN 2012  Motivare: \_\_\_\_\_

4. Classificazione istologica Marsh 1  Marsh 2  Marsh 3a  Marsh 3b  Marsh 3c

Villanacci e Corazza Tipo 1  Tipo 2  GRADO A  
Tipo 3c  Tipo 3b  GRADO B1  
Tipo 3c  GRADO B2

5. Genetica

DQ2 presente  assente  DQA1\*05 presente  assente   
DQ8 presente  assente  DQB1\*02 presente  assente  omozigosi   
DQB1\*0302 presente  assente

6. BIOPSIA CUTANEA CON:  esame istologico  immunofluorescenza

7. Cultura d'organo POS NEG

DATA INIZIO DIETA GF \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro e firma Medico

