

CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

LUGAR: _____ FECHA: / /

Por la presente se deja constancia que la/el paciente

DNI N° _____ Fecha de nacimiento: / /

tiene Enfermedad Celíaca diagnosticada en el año _____

Información requerida para el diagnóstico

Clínica: sintomático ☐ asintomático ☐ subclínico ☐

Serología

Serología al diagnóstico	Resultado	
Antitransglutaminasa IgA		(Indique el valor obtenido)
Antiendomiso IgA		(Indique + / -)
Peptido deaminado de Gliadina IgG		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpo Antigliadina IgA		(Indique el valor obtenido)

Biopsia de intestino delgado efectuada en:

Institución: _____ Fecha: / /

Protocolo: _____ Grado: (clasificación de Marsh) o Enteropatía Grado o Atrofia Vellosoitaria

3 a ☐

3 b ☐

3 c ☐

III ☐

IV ☐

En el caso de que el grado encontrado sea menor, deberá justificar su diagnóstico.

La biopsia no fue efectuada con motivo de:

Y el diagnóstico se fundamenta en los siguientes criterios clínicos y de laboratorio

los que son válidos y suficientes para el diagnóstico de Enfermedad Celíaca.

Dado que se trata de una enfermedad crónica, este certificado se extiende por única vez.



Firma y sello médico