



Ministerio de Salud

ANEXO I

CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

Lugar

Fecha

Por la presente se deja constancia que el/la 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) ó Enteropatía Grado o Atrofia vellositaria

3 a	☐	III	☐
3 b	☐	IV	☐
3 c	☐		

En 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