

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO MALATTIA CELIACA

Paziente ricoverato ☐ Reparto _____ Cartella n° _____
Paziente esterno ☐ Ticket n° _____ Euro _____
Esenzione _____

Ospedale _____ Reparto _____ Data _____
Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Prov _____ Data di nascita _____
Indirizzo via _____ n° _____ Città' _____
N° di telefono _____ C.F. _____ Professione _____

DATI ANAMNESTICI : (specificare i sintomi o le patologie associate che hanno motivato l'esecuzione dell'esame)

Familiarità per malattia celiaca : si ☐ no ☐ ☐ Malattie Auto-immuni

Sospetto Clinico: elevato ☐ moderato ☐ basso ☐

Dieta : Libera ☐ Aglutinata ☐ dal _____

Dati laboratoristici:

Ema IgA _____ (v.n. _____)
Anti-tTG IgA _____ (v.n. _____)
AGA IgA _____ (v.n. _____)
Anti-tTG IgG _____ (v.n. _____)

Genetica

DQB1 _____
DQ2/DQ8 _____
Altro _____

(specificare se vi è deficit selettivo di IgA) _____

Firma del clinico

DATI ENDOSCOPICI

specificare la sede delle biopsie (stomaco **S**, I porzione duodenale **1**, II porzione duodenale **2**, III porzione duodenale **3**)

--	--	--	--	--

Firma del Richiedente

Riservato all'Anatomia Patologica

Descrizione macroscopica _____

Contenitore conservato ☐ Eliminato ☐ n° prelievi _____ Medico _____ Tecnico _____
Immunohistochimica _____