

MEDIKUAREN TXOSTENA

..... Jn./And.-ak
..... elkargokide-zk. dudana, itundatuko medikua, Medikuntzan eta
Kirurgian lizentziaduna edo doktorea edo.....-n espezializatua, interesdunak
eskaturik eta Estatuko Funtzionario Zibilen Mutualitate Orokorrean aurkezteko, adierazten dut:
.....Jn./And.
IFZ:

-Gaitz hasierako diagnostikoaren data:.....

Gaixotasun zeliakoaren diagnostiko goiztiarra egiteko Osasun Ministerioaren Protokoloaren arabera eta/edo Gastroenterologiako, Hepatologiako eta Nutrizio Pediatrikoako Europako Elkarteak haur eta nerabeei diagnostikoa egiteko ezarritako irizpideen arabera, diagnostiko* hau du:

(*adierazi dagokiona)

- 1) ☐ **Glutenak/gariak eragindako alergia**
- 2) ☐ **Gaixotasun zeliakoa**
- 3) ☐ **Gariarekiko sentikortasuna / glutenarekiko sentikortasun ez zeliakoa**
- 4) **Beste batzuk:**

Egungo tratamendua:

.....(e)n,.....(e)ko.....ren.....(e)an

Izpa.: