

INFORME MÈDIC

Senyor/a.....

amb el núm. de col·legiat, metge concertat, llicenciat/a o Doctor en Medicina i Cirurgia o especialista en a sol·licitud del/de la interessat/da i per a la seva presentació en la Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat, assenyalo que:

Senyor/a.....

amb NIF:.....

- Data de diagnòstic inicial de la malaltia:

Està diagnosticat/da segons el Protocol del Ministeri de Sanitat per al diagnòstic precoç de la malaltia celíaca i/o els criteris establerts per al diagnòstic per la Societat Europea de Gastroenterologia, Hepatologia i Nutrició pediàtrica (ESPAGHAN) per a nens i adolescents de*:

(*senyali's el que sigui procedent)

- 1) ☐ Al·lèrgia al gluten/blat
- 2) ☐ Malaltia celíaca
- 3) ☐ Sensibilitat al blat/sensibilitat al gluten no celíaca
- 4) ☐ Altres:

Tractament actual:

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: