

پرسشنامه سلیاک

اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: _____ جنس: مذکر مؤنث

کد ملی: _____ تاریخ مراجعه: _____ تلفن تماس: (ثابت/همراه) _____

محل نمونه برداری: آزمایشگاه پیوند ارسالی (از _____)

۱- سابقه حساسیت به مواد غذایی خاص یا داروی خاصی را دارید؟

۲- سابقه بیماری (مثل دیابت، تیروئید، روماتیسم) دارید؟

۳- داروی خاصی مصرف میکنید؟

۴- تا به حال رژیم غذایی خاصی را رعایت کرده اید؟

۵- کدام یک از علائم زیر را دارا هستید؟

- بی حوصلگی و خستگی اسهال مزمن (چرب و حجیم) یبوست مداوم ضعف عضلانی کم خونی
- عدم تحمل به لاکتوز (موجود در شیر و سایر لبنیات) ناراحتی شکمی نفخ شکم کاهش وزن
- استفراغ زخم های دهانی مشکلات دندان تظاهرات جلدی یا پوستی (از جمله درماتیت هرپتی فرم)

