

FICHA INFORMATIVA

NOMBRE DEL CELÍACO:
POBLACION:PROVINCIA:.....
TELEFONOS: ///
E-MAIL: (CELÍACO O TUTOR).....

INFORMACIÓN PARA CONSEJERIA DE SANIDAD

AÑO DEL DIAGNÓSTICO:..... EDAD AL DIAGNÓSTICO:
MEDICO QUE LE DIAGNOSTICÓ:
HOSPITAL:
METODO (MARCAR UNA "X"): ANTICUERPOS: BIOPSIA: GENÉTICA:
FAMILIARES CELÍACOS:
PROBLEMAS CON EL DIAGNÓSTICO (EXPLICAR):
.....
.....

HA SIDO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ: SI..... NO.....
LE HAN OFRECIDO DIETA S/G EN EL HOSPITAL: SI..... NO.....
COSTE APROXIMADO ANUAL DEL CELÍACO:
RECIBE ALGÚN TIPO DE AYUDA: NO.... SI.... (CUAL).....

INFORMACIÓN PARA COMEDORES

COLEGIO DEL CELÍACO:
CURSO: COMEDOR ESCOLAR: SI NO
TIPO DE COMEDOR: CATERING (Nombre) COCINA PROPIA
FUNCIONAMIENTO DEL COMEDOR (EXPLICAR):
.....
.....

CENTRO DE TRABAJO DEL CELÍACO:

INFORMACIÓN PARA CAMPAÑA EN HOSTELERÍA:

RESTAURANTES Y HOTELES CON DIETA SIN GLUTEN (EXPLICAR)
NOMBRE - DIRECCION - CONTACTO - TELEFONO - TRATO
.....
.....
.....

INFORMACIÓN SOCIAL

PUNTOS DE VENTA DONDE ADQUIERE PRODUCTOS SIN GLUTEN:
NOMBRE - DIRECCION - CONTACTO - TELEFONO - MARCAS
.....
.....
.....

OTROS DATOS DE INTERÉS: EXPLICAR ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN SU MUNICIPIO DONDE LOS CELÍACOS NO PUEDEN PARTICIPAR: CAMPAMENTOS, FERIAS DE TAPAS, CABALGATAS...
.....
.....
.....

INDICAR NOMBRES Y MARCAS DE PRODUCTOS DE LA ZONA QUE LE GUSTARIA INCLUIR EN EL LISTADO DE ALIMENTOS S/G.
.....
.....
.....