

# Sistema de Registros de Enfermedad Celíaca

## Instructivo para Llenado del Formulario de Registro de Enfermedad Celíaca

Este instructivo le guiará paso a paso para completar el formulario de registro de enfermedad celíaca. Por favor, asegúrese de completar todos los campos obligatorios (marcados con un asterisco \*).

En "Ingresar con Contraseña" luego de leer y aceptar la "Declaración de Responsabilidad y Confidencialidad" coloque el usuario y contraseña que le fue asignado. Recuerde que toda su actividad en el sistema es responsabilidad del usuario y queda registrada nominalmente.

### Sección 1: Declarante

#### 1. Fecha de Registro (Fecha):

- Ingrese la fecha actual o la fecha de registro de la ficha. Este campo es obligatorio y tiene por defecto la fecha actual.
- Formato: DD/MM/AAAA.

#### 2. Semana Epidemiológica:

- Este campo se calcula automáticamente al ingresar la fecha de registro.

#### 3. Efactor (Institución):

- Ingrese el nombre de la institución que realiza el registro. Al ir escribiendo van apareciendo las opciones, cuando la vea selecciónela directamente. En caso de consultorios particulares, seleccione entre los consultorios el que figure en su área operativa. Por ejemplo si desea indicar un consultorio del área operativa 45 (Capital-Norte) puede colocar AO45 y le saldrá la opción. Este campo es obligatorio.

### Sección 2: Paciente

#### 1. Nombre:

- Ingrese el nombre del paciente. Este campo es obligatorio.

#### 2. Apellido:

- Ingrese el apellido del paciente. Este campo es obligatorio.

#### 3. Sexo:

- Seleccione el sexo del paciente. Este campo es obligatorio.
- Opciones: Femenino, Masculino, No determinado.

**DNI:**

- Ingrese el número de DNI del paciente sin puntos. En caso de ser indocumentado, coloque 0. Este campo es obligatorio.

**4. Fecha de Nacimiento:**

- Ingrese la fecha de nacimiento del paciente. Este campo es obligatorio.
- Formato: DD/MM/AAAA.

**5. Edad:**

- Este campo se calcula automáticamente al ingresar la fecha de nacimiento.

**6. N° de Historia Clínica:**

- Ingrese el número de historia clínica del paciente (opcional).

**7. Domicilio:**

- Ingrese la dirección completa del paciente. Este campo es obligatorio.
- Incluya calle, número, piso, número de departamento, barrio, o descripción de la ubicación si es una vivienda rural. En el caso que sea de otra Provincia o País, acá deberá indicarlo con el nombre respectivo.

**8. Localidad:**

- Ingrese la localidad donde reside el paciente. Puede escribir algunas letras del nombre de la localidad y le irán apareciendo las opciones, seleccione la que corresponda. El caso de que sea extra provincial, indique "Otro País" u "Otra Provincia"

Este campo es obligatorio.

**Sección 3: Diagnóstico****1. Fecha de Diagnóstico:**

- Ingrese la fecha en que se realizó el diagnóstico de enfermedad celíaca. Este campo es obligatorio.
- Formato: DD/MM/AAAA.

**2. Edad al Diagnóstico:**

- Este campo se calcula automáticamente al ingresar la fecha de diagnóstico.

**3. Biopsia:**

- Este campo está activado por defecto. Si no se realizó la biopsia, desmarque el switch y deberá completar el campo de observaciones justificando el diagnóstico sin biopsia.

#### 4. Endoscopia:

- Marque este switch si se realizó una endoscopia.

#### 5. Grados:

- Seleccione el grado correspondiente si aplica.

#### 6. N.º Protocolo:

- Ingrese el número de protocolo (opcional).

### Sección 4: Clínica

#### 1. Fecha de Consulta:

- Ingrese la fecha de la primera consulta relacionada con la enfermedad celíaca. Este campo es obligatorio.
- Formato: DD/MM/AAAA.

#### 2. Forma Clínica de Presentación:

- Seleccione una opción que describa la forma clínica de presentación de la enfermedad. Este campo es obligatorio.
- Opciones: Sintomática digestiva, Sintomática extradigestiva, Asintomática.

#### 3. Enfermedades Asociadas:

- Describa otras enfermedades asociadas que tenga el paciente, separadas por comas.

### Sección 5: Laboratorio

#### 1. Fecha de Extracción:

- Ingrese la fecha en que se realizó la extracción de muestra para análisis. Este campo es obligatorio.
- Formato: DD/MM/AAAA.

#### 2. IgA sérica total:

- Marque este switch si se realizó esta prueba y dio positiva.

#### 3. tTG-IgA:

- Marque este switch si se realizó esta prueba y dio positiva.

#### 4. **IgGPDG:**

- Marque este switch si se realizó esta prueba y dio positiva.

#### 5. **EMA:**

- Marque este switch si se realizó esta prueba y dio positiva.

### **Sección 6: Estudio Grupo Familiar**

#### 1. **Familiares del Caso:**

- Agregue los datos de los familiares del paciente que también han sido diagnosticados con enfermedad celíaca. Use el botón "Agregar Familiar" para incluir nuevos campos.

### **Sección 7: Medidas a Observar**

#### 1. **Observaciones:**

- Ingrese cualquier observación relevante sobre el paciente y su diagnóstico. Este campo es obligatorio si no se realizó la biopsia.

### **Nota**

- Los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios.
- Los datos ingresados deben ser precisos y completos para garantizar un registro adecuado.
- Para cualquier consulta adicional, comuníquese con el soporte técnico.

### **Almacenamiento y Envío del Formulario**

- Revise todos los datos antes de enviar el formulario.
- Utilice el botón "Guardar" para enviar la información.
- Si desea salir sin realizar cambios, use el botón "Salir sin cambiar".

Este instructivo ha sido diseñado para ayudarle a completar el formulario de manera eficiente y correcta. Gracias por su colaboración.

### **Instructivo para la consulta de casos registrados**

Usted podrá consultar la lista de casos que usted cargo desde el menú "Listar Registros". Si desea consultar la base completa, deberá solicitarlo a los administradores del sistema indicando la finalidad de la misma.