

Comune di

Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

La certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico specialista di Allergologia solo sulla base di documentazione clinica. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:.....

Scuola:.....

è **affetto/a** // presenta il seguente quadro clinico

per il/la quale è stato intrapreso e concluso l'iter (presso un centro accreditato e riconosciuto dal SSN) che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, il/la bambino/a è risultato essere ALLERGICO/A al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta (N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso):

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne bovina? SI NO
- proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne di pollo? SI NO
- proteine del frumento e di tutti i cereali** che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- proteine del/i pesce/i** (indicare il/i pesce/i sospettati come allergenici).....
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati:
- proteine della soia** (o altre leguminose comprese arachide)
- frutta secca con guscio** (indicare quale/i frutta secca è allergenica).....
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati.....
- kiwi (altra frutta fresca)**.....
- altri allergeni alimentari**

....., il.....

Timbro del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono

Firma del Medico

