

Allegato 1a



Comune di

Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

Ha presentato il seguente **quadro clinico**

.....

e si **intende intraprendere** un iter diagnostico volto a indagare l'eventuale presenza di ALLERGIA ALIMENTARE e per il quale è già in corso, o è stato concluso, l'iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.

L'allergia alimentare è stata sospettata in base a

- visita medica del curante
- visita medica di uno specialista non allergologo
- visita medica in occasione di accesso al Pronto Soccorso

Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente (n° mesi 3) seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.

- 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 delli pesceli** (*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 ha determinato sintomi*).....
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono invece assunti e tollerati:

- kiwi (altra frutta fresca)**.....

- altri allergeni alimentari**

....., il

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

.....

Allegato 1b



Comune di

Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. 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, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia l'iter 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 degli pesceli (indicare il/i pesce/i 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 e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....

Allegato 1d



Comune di

Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia
(La certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da:

- Diabete
Dislipidemie
Obesità complicata
Sovrappeso / Obesità semplice
Stipsi
Reflusso gastro-esofageo
Malattia da reflusso gastro-esofageo - esofagite - ulcera
Gastrite e/o duodenite
Colon irritabile - Colite
Malattie infiammatorie croniche intestinali
Epatopatie - Colecistopatie
Ipertensione
Nefropatia - Calcolosi renale

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

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

.....