

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 dell'i pescel'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 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 dell'i 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 1c



Comune di

Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare

(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:

- ☐ **Malattia celiaca**
 - ☐ **Intolleranza al lattosio primitiva**
 - ☐ **Intolleranza al lattosio secondaria**
 - ☐ **Favismo**
 - ☐ **Altra intolleranza ai carboidrati**
 - ☐ **Altri errori congeniti del metabolismo**
-

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici (specificare quali alimenti

appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati:

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza:

.....

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)

.....

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 (*Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino stesso*)
- ☐ Stipsi
- ☐ Reflusso gastro-esofageo
- ☐ Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera
- ☐ Gastrite e/o duodenite
- ☐ Colon irritabile – Colite
- ☐ Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Specificare:
- ☐ Epatopatie – Colecistopatie
- Specificare:
- ☐ Ipertensione
- Specificare:
- ☐ Nefropatia – Calcolosi renale
- Specificare:
- ☐
- ☐

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)

.....