

MODULO B - Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

(la certificazione deve essere compilata da un medico specialista in allergologia o, in alternativa, dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN sulla base di documentazione redatta da un allergologo. In tal caso, la diagnosi specialistica deve essere allegata in copia.

CERTIFICAZIONE

Si certifica che _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente a: _____ via: _____

Codice Fiscale o tessera sanitaria: _____ Tel: _____

Scuola: _____

È affetto da/presenta il seguente quadro clinico: _____

per il/la quale è stato intrapreso e concluso 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/ai seguente/i alimenti, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:

proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte); nel caso, 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); nel caso, 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 ha determinato sintomi): _____

(indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono invece assunti e tollerati: _____)

frutta fresca: _____

altri allergeni alimentari _____

_____, il _____

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