

**MODULO C - Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare**

*(la certificazione deve essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico Specialista in 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

Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente per il periodo di

\_\_\_\_\_, seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i:

- 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)*

\_\_\_\_\_