



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 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:

- 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)

.....