



ALLEGATO 3

**– MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
PER MOTIVI SANITARI (PEDIATRA)**

Da compilarsi a cura del medico curante

Si certifica che il bambino/a _____ • M • F
 Nato/a il _____ presenta:

• ALLERGIA ALIMENTARE

- proteine del latte vaccino
- proteine dell'uovo
- proteine del frumento
- proteine del pesce
- crostacei
- arachide
- proteine della soia
- frutta secca con guscio
- altro _____

con possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina • sì • no

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- esami in vivo (es. prick test, prick by prick)
- esami in vitro IgE specifiche, RAST, ISAC)
- biopsia intestinale
- test di provocazione orale
- altro _____

• INTOLLERANZA ALIMENTARE

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- breath test
- altro _____

• CELIACHIA

• FAVISMO

• DIABETE MELLITO INSULINO – DIPENDENTE

• ALTRO _____

Si chiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Durata della dieta speciale:

- fino a ulteriori accertamenti
- intero anno scolastico
- perenne

Data

Timbro e firma del Medico Curante
