



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 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)

.....