MODULO B

ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_M □ F □

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presenta la seguente patologia:

**□ ALLERGIA ALIMENTARE**

Possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile

SI □ NO □

Rilevata in base alle seguenti procedure diagnostiche:

□ Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)

□ Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)

□ Biopsia intestinale

□ Breath test

□ Test di provocazione orale

**□ INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**□ CELIACHIA**

**□ MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**□ ALTRA PATOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **PLURIALLERGIA ALIMENTARE**

Si richiede, sulla base pertanto una DIETA CONTENENTE ESCLUSIVAMENTE I SEGUENTI ALIMENTI:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durata della dieta speciale:

intero ciclo scolastico □

intero anno scolastico □

n\_\_\_\_\_\_\_\_mesi □

Timbro e firma del Medico Curante