



ISTITUTO ORFANOTROFIO
SALESIANO "DON BOSCO"
Via Tornafol, 1
11024 Chatillon (AO)

Modulo di Richiesta Dieta
Alternativa

ALLERGIE ALIMENTARI
Mod. 1/A

Allegato 1/A

Richiesta di dieta speciale per ALLERGIA alimentare

- Accertata** (per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)
- Sospetta** (per le allergie alimentari sospette la dieta decadrà dopo 3 mesi)

NB: La certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico dell'Unità Operativa di Allergologia

CERTIFICAZIONE

Si certifica che
nato/a a: il
residente a:..... via:
codice Fiscale o tessera sanitaria:Tel:.....
è affetto/a / presenta il seguente **quadro clinico**.....
per il/la quale

- è stato intrapreso e concluso l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare
- è in corso l'iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale

In base alle procedure diagnostiche eseguite, ovvero in attesa della definizione diagnostica, l'alunno/a è risultato/a essere ALLERGICO/A o potenzialmente allergico al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**
l'alunno manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne bovina? SI NO
- proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**
l'alunno 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 è allergenica/ha determinato sintomi*)
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono 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)