Allegato 1b

REGIONE PIEMONTE

Comune di .....

Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare *accertata*

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure* **in alternativa** dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: ..... il .....

Residente a:..... via: .....

Codice Fiscale o tessera sanitaria: ..... Tel: .....

Scuola:.....

è **affetto/a** / presenta il seguente **quadro clinico** .....

.....

per il/la quale **è stato intrapreso e concluso**, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia ..... l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, **il/la bambino/a è risultato essere ALLERGICO/A** al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:
(N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)

- ☐ **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 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)*.....
  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)

.....