

MODULO B: MODULO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETA SPECIALE

ai fini del servizio di refezione scolastica

Istruzioni per la riconsegna del modulo

da compilarsi a cura del PEDIATRA di libera scelta e/o MEDICO di medicina generale in tutte le sue parti

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniezzabile : SI NO

Rilevato 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** _____

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

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

Durata della dieta speciale:

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n. _____ mesi

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante
