

MODULO B

Istruzioni per la riconsegna del modulo: DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/ MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.

Data _____

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 auto iniettabile SI NO

INTOLLERANZA ALIMENTARE

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

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

timbro e firma del Medico Curante