Allegato 1a

Richiesta temporanea di dieta speciale per *sospetta* **allergia alimentare**

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità 0peratlve della Rete Regionale di Allergologia )

CERTIFICAZIONE

 Si certifica che................................................................................................................................……........................

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

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

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

Scuola:...................................................................................................................................................................……...

Ha presentato il seguente quadro clinico ......................................................................................................................…….

e si intende intraprendere un iter diagnostico volto a indagare l’eventuale presenza di ALLERGIA ALIMENTARE e per il quale è già in corso, o è stato concluso, l’iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.

L’allergia alimentare è stata sospettata in base a

* visita medica del curante
* visita medica di uno specialista non allergologo
* visita medica in occasione di accesso al Pronto Soccorso

lI/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente (n° mesi 3) seguire una dieta priva del seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.

* 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 o NO;
* proteine deII’uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine deIl’uovo); ………………………………………..
* il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne di pollo? SI o NO;
* **proteine** del frumento e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico *(alzo, farro, segale, kamut, avena); ………………………………………………………………………………..*
* **proteine** del/i pesce/i ***(indicare imi* pesce/i *sospettati come allergenici); …………………………..***
* *indicare quali pesce/i* sono invece *ingeriti e tollerati: ..............................................……………………………...*

proteine della soia ( o altre leguminose comprese arachide); ................…………………………………. ..

* frutta secca con guscio *(indicare la* *frutta secca ha determinato sintomi); ……………………………………...*
* *indicare quale tipo di fruita secca sono invece 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)

.. . . .. .............. ................ ...........\*...................................