

## ALLEGATO 3

**– MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE  
PER MOTIVI SANITARI (PEDIATRA)**

Da compilarsi a cura del medico curante

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_  M  F  
Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

 ALLERGIA ALIMENTARE

- proteine del latte vaccino
- proteine dell'uovo
- proteine del frumento
- proteine del pesce
- crostacei
- arachide
- proteine della soia
- frutta secca con guscio
- altro \_\_\_\_\_

con possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina  sì  no

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- esami in vivo (es. prick test, prick by prick)
- esami in vitro IgE specifiche, RAST, ISAC)
- biopsia intestinale
- test di provocazione orale
- altro \_\_\_\_\_

 INTOLLERANZA ALIMENTARE

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- breath test
- altro \_\_\_\_\_

 CELIACHIA FAVISMO DIABETE MELLITO INSULINO – DIPENDENTE ALTRO \_\_\_\_\_

---

Si chiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

---

---

---

Durata della dieta speciale:

- fino a ulteriori accertamenti
- intero anno scolastico
- perenne

Data

---

Timbro e firma del Medico Curante

---