



Comune di .....

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

(la certificazione deve essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico specialista 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

Il bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente (per mesi 3 ) seguire una dieta priva del/i 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  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 da punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- proteine del/i pesce/i** (indicare il/i pesce/i sospettati come allergenici) .....
- indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati: .....
- proteine della soia**  
**frutta secca con guscio** (indicare quale/i frutta secca ha determinato sintomi) .....
- indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono invece assunti e tollerati: .....
- kiwi altra frutta fresca** .....
- altri allergeni alimentari** .....

....., il .....

Timbro del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono

Firma del Medico .....