



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/la 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 .....