

RICHIESTA DIETA SPECIALE

PER ALLERGIA E/O INTOLLERANZA ALIMENTARE

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di uno delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia oppure **in alternativa** dal Pediatra del SSN o DAL Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta.

INDICARE I GIORNI CHE IL BIMBO/A E' PRESENTE A MENSA

☐ **TUTTI I GIORNI**
☐ **MERCOLEDI'**
☐ **LUNEDI'**
☐ **GIOVEDI'**
☐ **MARTEDI'**
☐ **VENERDI'**

CERTIFICAZIONE

Si certifica che il bambino/a.....

Nato/a ail.....

Residente a:via:.....

CODICE FISCALE.....

frequentante la Scuola classe sez.

è **affetto/a** // presenta il seguente **quadro clinico**.....

per il/la quale è **stato intrapreso e concluso**, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, **il/la bambino/a è risultato essere affetto da o :**

- ☐ **Malattia celiaca**
- ☐ **Intolleranza primitiva al lattosio**
- ☐ **Intolleranza secondaria al lattosio**
- ☐ **Favismo**
- ☐ **Altra intolleranza ai carboidrati**.....
- ☐ **Altri errori congeniti del metabolismo**.....
- ☐ Intolleranza ad ammine vasoattive e/o sostanze istamino-liberatrici (**specificare quali alimenti appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati**).....
- ☐ **proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**
il bambino manifesta sintomi anche i seguito ad ingestione di **carne bovino**? ☐ SI ☐ NO
- ☐ **proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**
il bambino manifesta sintomi anche i seguito ad ingestione di **carne pollo/tacchino**? ☐ SI ☐ NO

- ☐ **proteine del frumento** e di tutti i **cereali** che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- ☐ **proteine del pesce/i** (indicare il/i pesce/i allergenici).....
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati.....
- ☐ **proteine della soia (o altre leguminose comprese arachide)**
- ☐ **frutta secca con guscio** (indicare quale/i frutta secca è allergenica).....
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati.....
- ☐ **frutta fresca** (indicare quale/i frutta fresca è allergenica).....
indicare quale/i tipo/i di frutta fresca sono assunti e tollerati.....
- ☐ **altre allergie e/o intolleranze** (indicare quale/i).....
indicare quale/i alimenti sono assunti e/o tollerati.....

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER ALTRE PATOLOGIE CHE NECESSITANO DI DIETOTERAPIA

è **affetto/a** // è affetto da:

- ☐ **diabete**
- ☐ **dislipidemia**
- ☐ **obesità complicata**
- ☐ **sovrappeso/obesità semplice** (nel certificato deve essere sempre segnalata la condizione di sovrappeso oppure di obesità semplice. Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino in sovrappeso o obeso)
- ☐ **stipsi**
- ☐ **reflusso gastroesofageo**
- ☐ **malattia da reflusso gastroesofageo complicata con esofagite e/o ulcere**
- ☐ **gastrite e/o duodenite**
- ☐ **colon irritabile o colite**
- ☐ **malattie infiammatorie croniche intestinali** (specificare).....
- ☐ **epatopatie, colecistopatie** (specificare).....
- ☐ **ipertensione** (specificare).....
- ☐ **nefropatia, calcolosi renale** (specificare).....
- ☐ **a consistenza modificata per apparecchio ortodontico** (indicare il tipo di consistenza ad esempio frullata, morbida, semiliquida etc.).....
indicare quale/i alimenti sono assunti e/o tollerati.....
- ☐ **altro** (indicare quale/i).....
indicare quale/i alimenti sono assunti e/o tollerati.....

....., il

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

Firma del Medico.....

Consegna brevi manu o dietetica.cdc400@vivendaspa.it

LINEE GUIDA per la CERTIFICAZIONE dell'ALLERGIE e delle INTOLLERANZA ALIMENTARI

Malattia celiaca diagnosticata secondo i criteri internazionali; il certificato viene rilasciato da un Servizio di Gastroenterologia

Intolleranza al lattosio (deficit di lattasi) **primitiva permanente congenita/tardiva**: la diagnosi deve essere formulata in base all'esecuzione del breath test e/o test di Kerry prima e dopo carico di lattosio, presso Strutture di Gastroenterologia.

Intolleranza al lattosio (deficit di lattasi) **secondaria** è transitoria (es. post-enterica) la diagnosi può essere clinica e certificata dal PLS/MMG. Le due voci sono distinte, in quanto nel primo caso la situazione è definitiva e la dieta viene attivata per tutto l'anno scolastico, nel secondo caso invece la dieta dovrebbe avere una durata limitata, per massimo di tre mesi, da indicare nelle certificazioni. In caso di intolleranza protratta è opportuno impostare l'iter diagnostico previsto per il deficit permanente di lattasi. E' utile specificare sempre il grado di intolleranza (lieve/grave).

Favismo: la diagnosi si basa sul dosaggio dell'attività della G6PDH e della G6PD e sul loro rapporto (opportuna conferma presso centro di ematologia).

Altra intolleranza ai carboidrati (deficit di sucralasi-isomaltasi, deficit di trealasi, malassorbimento di glucosio-galattosio): la diagnosi deve essere posta, in base al dosaggio e all'attività degli enzimi coinvolti presso un centro di gastroenterologia.

Altri errori congeniti del metabolismo: la diagnosi deve essere formulata, in base alle valutazioni biochimiche specifiche presso un centro di riferimento per malattie metaboliche.

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive: la certificazione può essere compilata in via preliminare dal medico pediatra o dal medico di medicina generale del SSN.

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli: la certificazione può essere compilata in via preliminare dal medico pediatra o dal medico di medicina generale del SSN.