

ESEMPIO DI CERTIFICATO MEDICO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____

presenta: ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina auto iniettabile SI NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)

Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)

Biopsia intestinale

Breath test

Test di provocazione orale

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA _____

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Durata della dieta speciale intero ciclo scolastico intero anno scolastico n. _____ mesi

Timbro e firma del Medico