

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE/PEDIATRA DI BASE, SPECIALISTA IN ALLERGOLOGIA E/O MALATTIE METABOLICHE

Si certifica che (nome e cognome) _____
Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile
SI NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche in allegato:

- 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

MALATTIA METABOLICA (favismo, celiachia, deficit enzimatico, altro)

ALTRA PATOLOGIA _____

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI** o **ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE**

Ulteriori specifiche

- l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO
 - l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO
- In caso di non compilazione l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra.**

Durata della dieta sanitaria, tenendo presente che il certificato medico come previsto da normativa non deve essere rinnovato nel caso di dieta per malattia metabolica. Per tutte le altre diete sanitarie che devono essere rinnovate annualmente si chiede di specificarne la durata solo se inferiore ad un anno scolastico.

- intero ciclo scolastico
- intero anno scolastico
- n _____ mesi

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante