

Richiesta di dieta alimentare speciale (dietoterapia)

Al Servizio Ristorazione scolastica del Comune di Quarrata

Dato che: nome _____ cognome _____

nato/a a _____ Il _____

Presenta

sintomatologia

Cutanea / orale Respiratoria Gastroenterologica Anafilassi

Ha eseguito

gli accertamenti RAST PRICK _____

o sta eseguendo

accertamenti per esclusione

Pertanto è:

Confermata Sospetta/ in accertamento

la DIAGNOSI di

ALLERGIA _____

INTOLLERANZA a _____
(se a lattosio specificare se al solo latte o anche latticini)

Intolleranza al glutine / CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA : (Specificare) _____

ALTRO _____

da considerarsi **A RISCHIO VITA** si no

(necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero o shock)

Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti :

Y	CEREALI	Y	LEGUMI	Y	CARNI	Y	PESCE	Y	FRUTTA	Y	VERDURA
	Avena		Ceci		Agnello		Tonno all'olio d'oliva		Albicocca		Asparago
	Cous cous		Fagioli		Bovino		Filetti di merluzzo <i>surg</i>		Agrumi		Bietola
	Grano		Fagiolini		Cavallo		Filetti di nasello <i>surg</i>		Anguria		Broccolo
	Farro		Fave/favette		Coniglio		Sogliola/platessa <i>surg</i>		Banana		Carciofi
	Mais		Lenticchie		Maiale		Salmone <i>surg</i>		Ciliegia		Carota
	Miglio		Piselli		Pollo		Calamari /seppie		Cachi		Cetriolo
	Riso		Soia		Tacchino		Gamberi		Castagna		Cavolo/i
	Orzo		Altro...				Cozze/vongole		Fragola		Cipolla
	Kamut				Bresaola		Sardine/accughe		Frutti di bosco		Finocchio
					Prosciutto crudo				Mela		Insalata
					Prosciutto cotto				Melone		Patata
					Mortadella				Pesca		Pomodoro
									Prugna		Peperoni
									Kiwi		Sedano
									Uva		Spinacio
									Pera		Zucca/zucchine
Y	UOVO	Y	OLII	Y	FRUTTA a GUSCIO	Y	LATTE	Y	Vari	Y	Altro
	In biscotti o dolci		Olio e.v. d'oliva		Mandorle		Latte vaccino		Lievito di birra		
	Come alimento		Olio di arachide		Noci		Latte di pecora		Zafferano		
			Olio di mais		Arachidi		Yogurt		Ac. Balsamico		
			Olio di sesamo		Pistacchi		Burro		Noce moscata		
			Olio di girasole		Nocciole		Formaggi molli		Cioccolata		
					Pinoli		Formaggi stagionati		Erbe arom		
					Anacardi		Grana padano				
					Altro		Parmigiano reggiano				

Segue >>>

Dichiara inoltre che :

- l' alimento o l'ingrediente allergene sopra indicato **PUO'** ESSERE TOLLERATO se presente IN TRACCE o all'interno dello stabilimento di produzione;
- l' alimento o l'ingrediente allergene sopra indicato **NON PUO'** ESSERE TOLLERATO neanche se presente IN TRACCE o all'interno dello stabilimento di produzione;

e la durata della dietoterapia richiesta è :

- per l'intero **ANNO** scolastico
- per n° _____ **MESI**
- a tempo **indeterminato** (*per malattie metaboliche, celiachia, altro*)

data _____

firma e timbro del Pediatra
del Medico di Famiglia o dello Specialista
