

<input type="checkbox"/> NOVARA
SIAN <input type="checkbox"/> ARONA
<input type="checkbox"/> inviato Protocollo
Data
Firma.....

(modulo A)

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE**

Io sottoscritto/a (madre/padre).....

CHIEDO

per il bambino/a

nato/a il

residente nel Comune di

Via n°

n° telefono

indirizzo di posta elettronica

iscritto alla scuolaclasse

via del Comune di

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> lunedì | <input type="checkbox"/> martedì |
| <input type="checkbox"/> mercoledì | <input type="checkbox"/> giovedì |
| <input type="checkbox"/> venerdì | <input type="checkbox"/> tutti i giorni |

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico

Al modulo (A) compilato in tutte le sue parti, va allegato il certificato medico regionale del pediatra o dell'allergologo, indicante la patologia e gli alimenti da evitare e la documentazione specialistica (rast, prick test...) attestanti l'allergia/intolleranza.

Il sottoscritto acconsente a che l'ASL NO tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purchè tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data.....

Firma.....



Comune di

Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una 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 (riportare gli estremi).

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a:..... via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

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 ALLERGICO/A** al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta (N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso):

- 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 dal punto di vista allergenico (*orzo, farro, segale, kamut, avena*)
- proteine degli pesceli** (*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.....
- kiwi (altra frutta fresca)**.....
- altri allergeni alimentari**

....., il

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

Firma del Medico



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 di una delle Unità Operative della Rete Regionale 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 dal 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



Comune di

Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal medico pediatra del SSN o dal medico di medicina generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome)

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da

- Malattia celiaca**
- Intolleranza al lattosio primitiva**
- Intolleranza al lattosio secondaria**
- Favismo**
- Altra intolleranza ai carboidrati**
- Altri errori congeniti del metabolismo**

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici. (specificare quali alimenti

appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati:

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza:

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

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

Firma del Medico

....., il.....

LINEE – GUIDA CERTIFICAZIONE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Malattia celiaca (aspettare Santini)

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 una Struttura di Gastroenterologia.

Intolleranza al lattosio (deficit di lattasi) secondaria è transitoria (*es. post-enteritica*) 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 un massimo di tre mesi, da indicare nella certificazione. 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 un centro di ematologia).

Altra intolleranza ai carboidrati (deficit di sucrali-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 alla valutazioni biochimiche specifiche presso un centro di riferimento per le 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; la diagnosi è di pertinenza di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

Al certificato definitivo deve essere allegata la documentazione di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

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; la diagnosi è di pertinenza di una delle della Rete Regionale di Allergologia, sulla base dei test specifici (test di scatenamento orale in doppio cieco vs placebo per additivi). Al certificato definitivo deve essere associato il referto di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

Rifiuto o avversione di un particolare alimento: nel caso in cui il bambino si rifiuti costantemente di assumere un alimento specifico in quanto non gradito o quando determina sintomi di avversione non si ritiene opportuna alcuna certificazione da parte del medico; sarà cura del genitore informare gli insegnanti al fine di concordare la linea di comportamento più opportuna (riproporre periodicamente l'alimento oppure non forzarne l'assunzione da parte del bambino); non è prevista alcuna sostituzione dell'alimento in questione.

Nel caso in cui dovesse essere comunque richiesta la sostituzione dell'alimento dovrà essere eseguito l'iter diagnostico previsto per le allergie alimentari; la sostituzione dell'alimento è condizionata all'esito positivo degli accertamenti.

Comune di ...

Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia

(la certificazione deve essere compilata dal medico pediatra del SSN o dal medico di medicina generale del SSN)

....., il

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a:

Residente a:

via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria:

Tel:

Scuola:

è affetto/a da

- Diabete
- Dislipidemie
- Obesità complicata
- Sovrappeso / Obesità semplice *(nel certificato medico deve essere 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 sovrappeso o obeso).*
- Stipsi
- Reflusso gastro-esofageo
- Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite - ulcera
- Gastrite e/o duodenite
- Colon irritabile – Colite
- Malattie infiammatorie croniche intestinali
Specificare:
- Epatopatie – Colecistopatie
Specificare:
- Ipertensione
Specificare:
- Nefropatia – Calcolosi renale
Specificare:
-
-

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

Timbro e firma del Medico, titoli specialistici, numero di telefono

LINEE-GUIDA PER LA CERTIFICAZIONE

- **Diabete** : Il Servizio specialistico di riferimento deve allegare al certificato di malattia anche lo schema dietetico.
- **Dislipidemie**: la diagnosi deve essere posta dal Servizio specialistico.
- **Obesità complicata** la diagnosi deve essere posta dal Servizio specialistico.
- **Sovrappeso / Obesità** semplice: nel certificato medico deve essere 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 sovrappeso o obeso.
- **Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera**: la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- Per il **Reflusso gastro-esofageo, Gastrite e/o duodenite, Stipsi, Colite – colon irritabile**, il certificato medico può anche essere redatto dal PLS/MMG e deve riportare la diagnosi e la durata del trattamento dietoterapeutico.
- **Malattie infiammatorie croniche intestinali**: la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- **Epatopatie – Colecistopatie**: la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- **Ipertensione** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Nefrologia o Cardiologia, che deve fornire anche l'indirizzo dietetico.
- **Nefropatia – Calcolosi renale**: la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Nefrologia che deve fornire anche l'indirizzo dietetico.