

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SANITARIA SCOLASTICA

DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA

Cognome: Nome:

Data di nascita: Codice fiscale:

TIPOLOGIA DI RICHIESTA (*barrare la voce interessata*)

- ☐ RICHIESTA BREVE (durata massima 30 giorni) *Erogazione dal:* *al:*
- ☐ PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi) *Erogazione dal:* *al:*
- ☐ PATOLOGIA ACCERTATA (valida per tutto l'anno scolastico) *Inizio validità dal:*

DIAGNOSI (*Indicare la patologia o il disturbo clinico che giustifica l'esclusione o la sostituzione di alimenti*)

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E FARMACI SALVAVITA

Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti? ☐ SI ☐ NO

Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? ☐ SI ☐ NO

DIETA RICHIESTA (Prescrizione tecnica per la cucina - **BARRARE IL NUMERO DIETA DA RICHIEDERE**)

Si richiede l'applicazione del regime dietetico corrispondente al numero:

Numero dieta	Descrizione menù dieta	Alimenti e loro derivati da ELIMINARE (anche come ingredienti e come possibili tracce)
1	Menù per favismo	Fave, piselli
2	Menù privo di glutine	Avena, farro, grano (frumento), kamut, segale, orzo
3	Menù privo di latte	Latte e prodotti a base di latte Specificare se togliere il vitello → ☐ escludere ☐ non escludere
4	Menù privo di lattosio	Latte e formaggi con lattosio e grana padano <9 mesi, parmigiano reggiano <12 mesi
5	Menù privo di uova	Uova e prodotti a base di uova Specificare se togliere il pollo → ☐ escludere ☐ non escludere
6	Menù privo di pesce, molluschi e crostacei	Pesce, molluschi, crostacei
7	Menù privo di frutta a guscio e arachidi	Mandorle, noci, anacardi, noci di pecan, nocciole, pinoli, pistacchi, arachidi
8	Menù a basso contenuto di nichel	Cereali integrali (pasta, pane integrali), pesce in scatola, crostacei, molluschi, formaggi stagionati, spinaci, asparagi, funghi, pomodori, cavolfiore, broccoli, frutta secca, legumi, banana, fragola, agrumi, cioccolato
9	Menù iposodico	Sale aggiunto, affettati e formaggi stagionati, tonno in scatola
10	Menù frullato	Alimenti non frullabili
MP	MENÙ PERSONALIZZATO	Nei casi in cui sia necessario un menu diverso da quelli sopraelencati allegare elenco degli alimenti scritto in maniera chiaramente leggibile. Il documento deve riportare la data e i dati anagrafici del fruitore della dieta.

Dr. (cognome e nome):

TIMBRO E FIRMA

Recapito telefonico: