 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Dipartimento salute donna infanzia e adolescenza Forlì- Cesena Pediatria di Comunità Cesena-Forlì</p>	<p>Richiesta di dieta per allergie e intolleranze alimentari</p>	<p>Rev. 00 del 26/07/2019</p> <p>MRP01_01</p> <p>Pagina 1 di 4</p>
--	---	---

ANNO SCOLASTICO _____

DATA _____

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA.....
RESIDENTE A	VIA
TEL.	E-MAIL.....
PEDIATRA O MEDICO CURANTE DEL BAMBINO.....	
IL BAMBINO FREQUENTA LA SCUOLA (nome e luogo)	

▶ **SINTOMATOLOGIA DETTAGLIATA :**

GASTROENTEROLOGICA	SPECIFICARE _____
CUTANEA	SPECIFICARE _____
RESPIRATORIA	SPECIFICARE _____
ANAFILASSI	_____
ALTRO	_____
ETÁ DI ESORDIO	_____

▶ **ACCERTAMENTI ESEGUITI :**

RAST PRICK ALTRI (specificare) _____

▶ **DIAGNOSI :** _____

DIETA DI ESCLUSIONE	D. DI ESCLUSIONE E REINTRODUZIONE
DURATA DELLA PRESCRIZIONE DIETETICA :	INTERO ANNO SCOLASTICO
	DAL _____ AL _____

NOTE DEL PEDIATRA DI BASE O MEDICO CURANTE DEL BAMBINO

BAMBINO/A (nome e cognome) _____

INDICARE GLI **ALIMENTI CONSENTITI (SI)** E GLI **ALIMENTI DA ESCLUDERE (NO)**

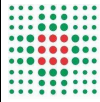
CEREALI	GRANO	SI	NO
	FARRO	SI	NO
	KAMUT	SI	NO
	SEGALE	SI	NO
	MAIS (polenta, pop - corn)	SI	NO
	MIGLIO	SI	NO
	RISO	SI	NO
	AVENA (fiocchi)	SI	NO
ORZO	SI	NO	
UOVO	(presente in pasta, biscotti, dolci, gelati, creme, ecc.)	SI	NO
LATTE	LATTE VACCINO	SI	NO
	E YOGURT	SI	NO
DERIVATI	PARMIGIANO REGGIANO	SI	NO
	FORMAGGI A PASTA MOLLE (ricotta, mozzarella, casatella, stracchino..)	SI	NO
	FORMAGGI A PASTA DURA (caciotta, fontina, Asiago, pecorino, taleggio..).....	SI	NO
	BURRO	SI	NO
CARNI	AGNELLO	SI	NO
	CONIGLIO	SI	NO
	CAVALLO	SI	NO
	MANZO - VITELLO	SI	NO
	BRESAOLA.....	SI	NO
	MAIALE (compreso prosciutto crudo).....	SI	NO
	PROSCIUTTO COTTO	SI	NO
	POLLO	SI	NO
	TACCHINO	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	
PESCI	TONNO	SI	NO
	MERLUZZO	SI	NO
	HALIBUT	SI	NO
	SOGLIOLA / PLATESSA	SI	NO
	TROTA	SI	NO
	PALOMBO	SI	NO
	CODA DI ROSPO.....	SI	NO
	SARDINE	SI	NO
	CALAMARI / SEPPIE	SI	NO
	GAMBERI	SI	NO
	COZZE / VONGOLE	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
LEGUMI	CECI	SI	NO
	CICERCHIA	SI	NO
	FAGIOLI	SI	NO
	FAVE / FAVETTE.....	SI	NO
	LENTICCHIE	SI	NO
	PISELLI	SI	NO
	SOIA	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO

VERDURE	ASPARAGIO	SI	NO
	BIETA	SI	NO
	CIPOLLA	SI	NO
	CAROTA	SI	NO
	CARCIOFIO	SI	NO
	CAVOLFIORE	SI	NO
	BROCCOLETTO	SI	NO
	FAGIOLINO	SI	NO
	FINOCCHIO	SI	NO
	LATTUGA	SI	NO
	MELANZANA	SI	NO
	POMODORO	SI	NO
	SPINACIO	SI	NO
	SEDANO	SI	NO
	ZUCCHINA	SI	NO
	PATATA	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
FRUTTA	ALBICOCCA	SI	NO
	AGRUMI	SI	NO
	ANGURIA	SI	NO
	BANANA	SI	NO
	CILIEGIA	SI	NO
	FRAGOLA	SI	NO
	MELA	SI	NO
	MELONE	SI	NO
	PESCA	SI	NO
	PERA	SI	NO
	PRUGNA	SI	NO
	KIWI	SI	NO
	UVA	SI	NO
	CASTAGNA	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
FRUTTA SECCA OLEOSA	ARACHIDI	SI	NO
	MANDORLE	SI	NO
	NOCI	SI	NO
	NOCCIOLE	SI	NO
	PINOLI	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
OLII	OLIO D'OLIVA	SI	NO
	OLIO DI ARACHIDI	SI	NO
	OLIO DI MAIS	SI	NO
	OLIO DI SESAMO	SI	NO
	ALTRI (specificare)	SI	NO
	CACAO E DERIVATI (cioccolata...)	SI	NO
	ALTRO	SI	NO

NOTE DEL REFERENTE DIETETICA DI COMUNITÀ

TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA
O MEDICO CURANTE DEL BAMBINO

TIMBRO E FIRMA DEL REFERENTE
DIETETICA DI COMUNITÀ



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**Dipartimento salute donna infanzia
e adolescenza Forli- Cesena
Pediatria di Comunità
Cesena-Forli**

Richiesta di dieta per allergie e intolleranze alimentari

Rev. 00
del 26/07/2019

MRP01_01

Pagina 4 di 4