

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	_____
ETÀ 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

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna Dipartimento salute donna infanzia e adolescenza Forlì- Cesena Pediatria di Comunità Cesena-Forlì	Richiesta di dieta per allergie e intolleranze alimentari	Rev. 00 del 26/07/2019 MRP01_01 Pagina 2 di 4
--	--	--

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 E DERIVATI	LATTE VACCINO	SI	NO
	YOGURT	SI	NO
	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

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna Dipartimento salute donna infanzia e adolescenza Forlì- Cesena Pediatria di Comunità Cesena-Forlì	Richiesta di dieta per allergie e intolleranze alimentari	Rev. 00 del 26/07/2019 MRP01_01 Pagina 3 di 4
--	--	--

VERDURE	ASPARAGIO	SI	NO
	BIETA	SI	NO
	CIPOLLA	SI	NO
	CAROTA	SI	NO
	CARCIOFIO	SI	NO
	CAVOLFIORRE	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
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
FRUTTA SECCA OLEOSA	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**

Richiesta di dieta per allergie e intolleranze alimentari