

Scheda di certificazione e rilevazione dei casi di allergie e/o intolleranze alimentari

La presente scheda va compilata dal medico che ha rilevato il fenomeno o altro sanitario che ha ricevuto una specifica segnalazione dai familiari.

Cognome Nome

abitante in via Città Montescaglioso.....

tel. abitazione tel. ufficio/cellulare

genitore di nato/a il

Indirizzo alunno.....

(nome della scuola).....

frequentante la scuola: **infanzia** **primaria** classe sezione

Diagnosi:

Dieta per motivi di salute

Anno scolastico **2020** / **2021**

Presenza in famiglia di casi di allergie

e/o intolleranze attribuibili agli alimenti padre madre fratelli

Alimenti sospettati: 1) lattosio; 2) proteine latte vaccino; 3) proteine di origine ovina; uova; pesce; crostacei; arachidi, 8) soia; 9) piselli; 10) fave; 11) pomodori; 12) cereali; 12°) glutine; 12b) riso_12c) grano 13) frutta (specificare), 14 altri (specificare)

Manifestazioni cliniche riferibili ad allergie e/o intolleranze alimentare

Alimenti sospetti (riportare il o i numeri corrispondenti)

Sintomi

gastrointestinali: vomito
 dolori addominali
 diarrea
 malassorbimento

Sintomi respiratori: rinite persistente
 tosse ricorrente
 asma bronchiale

Cute: eczema
 orticaria
 angioedema

Rene: albuminuria
 ematuria
 pollachiuria
 enuresi

S.N.C cefalea
irritabilità

Manifestazioni Anemia sideropenica
ematologiche trombocitemia

Manifestazioni Collasso
generali shock
ritardo di crescita

Altro
.....

Altre manifestazioni (specificare) _____

Età d'inizio delle manifestazioni cliniche _____

Diagnosi clinica _____

Alimenti eliminati _____

Diete di eliminazione: scomparsa di sintomi
persistenza dei sintomi

Reintroduzione dell'alimento no si

se si: ricomparsa dei sintomi no si

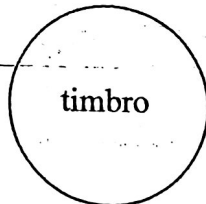
Riscontri di laboratorio _____

Test di laboratorio effettuati:	Ig E totali <input type="checkbox"/>	eosinofilia periferica
	Ig E specifiche <input type="checkbox"/>	sangue occulto nelle feci
	PRICK test <input type="checkbox"/>	eosinofili nelle feci
	AGA - EMA <input type="checkbox"/>	biopsia intestinale
	G6PD <input type="checkbox"/>	

Trattamento consigliato _____

Data _____

MONTESCALIOSO (MT).....



Firma
.....

Le informazioni derivanti da questa scheda potranno essere utilizzate per calibrare la reazione alimentare alle necessità degli scolari e anche ai fini statistici - epidemiologici