

Scheda di certificazione e rilevazione dei casi di allergie e/o intolleranze alimentari
A.S. 2023-2024

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 _____

Presenza in famiglia di casi di allergie e/o intolleranza attribuibile 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	<input type="checkbox"/>
	dolori addominali	<input type="checkbox"/>
	diarrea	<input type="checkbox"/>
	malassorbimento	<input type="checkbox"/>
Sintomi respiratori:	rinite persistente	<input type="checkbox"/>
	tosse ricorrente	<input type="checkbox"/>
	asma bronchiale	<input type="checkbox"/>
Cute:	eczema	<input type="checkbox"/>
	orticaria	<input type="checkbox"/>
	angioedema	<input type="checkbox"/>
Rene:	albuminuria	<input type="checkbox"/>
	ematuria	<input type="checkbox"/>
	pollachiuria	<input type="checkbox"/>
	enuresi	<input type="checkbox"/>

