

MODULO PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI

(da compilare a cura del pediatra di famiglia)

Il presente modulo nasce dalla collaborazione tra i Pediatri di Famiglia e il Dipartimento XI del Comune di Roma – Politiche Educative e Scolastiche, al fine di facilitare gli uffici competenti nell'acquisizione dei dati e i Pediatri nella stesura dei certificati, ma soprattutto per evitare disagi al cittadino.

Anno scolastico 20.../20...

COGNOME E NOME.....	
DATA DI NASCITA	
RESIDENTE A	VIA
TEL.	CELL.
PEDIATRA DI FAMIGLIA	
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)	
CLASSE	SEZ.
Giorni frequenza T.P. <input type="checkbox"/>	
Modulo <input type="checkbox"/> specificare	

o SINTOMATOLOGIA

- | | |
|--------------------|--|
| GASTROENTEROLOGICA | <input type="checkbox"/> specificare |
| CUTANEA | <input type="checkbox"/> specificare |
| RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> specificare |
| ANAFILASSI | <input type="checkbox"/> specificare |
| ALTRO | <input type="checkbox"/> specificare |

o ACCERTAMENTI ESEGUITI

RAST PRICK ALTRI (specificare)

DIAGNOSI

.....
.....
.....

DIETA DI ESCLUSIONE

ALLERGIE PARTICOLARI / ANNOTAZIONI

DIETA PRIVA DI

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL

.....
TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA