

MODULO PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI
(da compilare a cura del medico di base del bambino)

COGNOME E NOME.....	DATA DI NASCITA.....
RESIDENTE A.....	VIA.....
TEL.....	CELL.....
MEDICO DI BASE DEL BAMBINO.....	
IL BAMBINO FREQUENTA LA SCUOLA (nome e luogo).....	
cl.....sez.....	Giorni frequenza T.P. <input type="checkbox"/>
	Modulo <input type="checkbox"/> specificare

• SINTOMATOLOGIA DETTAGLIATA

- | | |
|--------------------|---|
| 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..... |

• ACCERTAMENTI ESEGUITI

RAST PRICK ALTRI (specificare)

DIAGNOSI

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

DIETA DI ESCLUSIONE

DIETA DI ESCLUSIONE E REINTRODUZIONE

DURATA DELLA PRESCRIZIONE DIETETICA:

INTERO ANNO SCOLASTICO
 DAL.....AL.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA

DAL.....

AUT. N°.....DEL.....
(timbro e firma della dietista)