

Allegato n.2

**SCHEDA DI CERTIFICAZIONE E RILEVAZIONE DEI CASI DI REAZIONI
AVVERSE AD ALIMENTI**

La presente scheda va compilata dal pediatra del bambino o altro sanitario che ha rilevato il problema

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA _____ SESSO: M F

ASILO NIDO _____

DIAGNOSI _____

Presenza in famiglia di casi di allergia e/o intolleranza attribuibile agli alimenti:
padre madre fratelli

Manifestazioni cliniche riferibili ad allergia e/o intolleranza alimentare:

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| Sintomi sistemici: | Anafilassi | <input type="checkbox"/> |
| | Ritardo di crescita staturale o ponderale | <input type="checkbox"/> |
| Sintomi gastrointestinali: | Vomito | <input type="checkbox"/> |
| | Diarrea | <input type="checkbox"/> |
| | Dolori addominali | <input type="checkbox"/> |
| | Malassorbimento | <input type="checkbox"/> |
| Sintomi respiratori: | Rinite | <input type="checkbox"/> |
| | Tosse ricorrente | <input type="checkbox"/> |
| | Asma bronchiale | <input type="checkbox"/> |
| Sintomi cutanei: | Dermatite atopica | <input type="checkbox"/> |
| | Orticaria | <input type="checkbox"/> |
| Manifestazioni ematologiche: | Anemia sideropenica | <input type="checkbox"/> |

Altre manifestazioni (specificare):

Età d'inizio delle manifestazioni cliniche:

Trattamento consigliato:

Alimenti eliminati dalla dieta (indicare nella tabella degli alimenti sospetti o specificarli):.....

Alimenti sospetti:

- Latte vaccino Derivati
- Uovo Derivati
- Pesce
- Soia
- Fave
- Arachide
- Grano Glutine
- Frutta Specificare:.....
- Frutta a guscio Noce Nocciola Pistacchio
- Lattosio
- Altro Specificare:

.....

Alimenti permessi:.....

.....

.....

.....

Latte da utilizzare:.....

FIRMA DEL SANITARIO

Si allegano esami di laboratorio

Non si ritiene necessario eseguire esami