

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

A.S. 2025-2026

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

☐

dolori addominali

☐

diarrea

☐

malassorbimento

☐

Sintomi respiratori:

rinite persistente

☐

tosse ricorrente

☐

asma bronchiale

☐

Cute:

eczema

☐

orticaria

☐

angioedema

Rene:

albuminuria

☐

ematuria

☐

pollachiuria

☐

enuresi

☐

