

MODULO PER DIETA PER MOTIVI DI SALUTE - PER ALTRE PATOLOGIE CON DIETOTERAPIA

Il/La sottoscritto/a _____

genitore del/della alunno/a – degli/delle alunni/e

1) _____

2) _____

della scuola primaria non paritaria "Dalmazio Birago" di Ronco Canavese, nato il _____ a _____ Prov (____) e residente a _____ Prov (____) in Via/Borg./Altro _____ n. _____

C.F.: _____ recapito telefonico: _____
_____ mail: _____

CHIEDE

la preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute che prevede:

- ☐ DIETA NUOVA occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare
- ☐ RICONFERMA DIETA occorre presentare una certificazione medica aggiornata (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale)

Da cui risultano da escludere i seguenti alimenti:

_____, li _____

Firma



Comune di

Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da:

- ☐ **Diabete**.....
- ☐ **Dislipidemie**.....
- ☐ **Obesità complicata**
- ☐ **Sovrappeso / Obesità semplice** *(Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino stesso)*
- ☐ **Stipsi**
- ☐ **Reflusso gastro-esofageo**
- ☐ **Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera**
- ☐ **Gastrite e/o duodenite**
- ☐ **Colon irritabile – Colite**
- ☐ **Malattie infiammatorie croniche intestinali**
Specificare:
- ☐ **Epatopatie – Colecistopatie**
Specificare:
- ☐ **Iperensione**
Specificare:
- ☐ **Nefropatia – Calcolosi renale**
Specificare:
- ☐
- ☐

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....

Allegato 1d

LINEE-GUIDA PER LA CERTIFICAZIONE DI ALTRE PATOLOGIE CHE NECESSITANO DI DIETOTERAPIA

- **Diabete:** il Servizio specialistico di riferimento deve allegare al certificato di malattia anche lo schema dietetico.
- **Dislipidemie:** la diagnosi deve essere posta dal Servizio specialistico.
- **Obesità complicata:** la diagnosi deve essere posta dal Servizio specialistico.
- **Sovrappeso/Obesità semplice:** nel certificato medico deve essere segnalata la condizione di sovrappeso oppure di obesità semplice. Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino sovrappeso o obeso.
- **Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- Per **reflusso gastro-esofageo, gastrite e/o duodenite, stipsi, colite – colon irritabile**, il certificato medico può anche essere redatto dal PLS/MMG e deve riportare la diagnosi e la durata del trattamento dietoterapeutico.
- **Malattie infiammatorie croniche intestinali:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- **Epatopatie – Colecistopatie:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- **Ipertensione** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Nefrologia o Cardiologia, che deve fornire anche l'indirizzo dietetico.
- **Nefropatia – Calcolosi renale:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Nefrologia che deve fornire anche l'indirizzo dietetico.