



ALLEGATO G Modulo di richiesta dieta speciale

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SANITARIA SCOLASTICA

(a cura del proprio medico di medicina generale/pediatra/specialista – solo per le diete speciali per motivi di salute)

1. DATI DEL FRUTTORE DELLA DIETA	
Nome: _____	Cognome: _____
Codice Fiscale _____	

2. TIPOLOGIA DI RICHIESTA <i>(barrare la voce interessata)</i>
☐ Richiesta breve (durata massima 30 giorni) – Erogazione dal _____ al _____
☐ Patologia in accertamento (durata massima 4 mesi) – Erogazione dal _____ al _____
☐ Patologia accertata (valida per tutto l'anno scolastico) – Inizio validità dal _____

3. DIAGNOSI <i>(indicare la patologia o il disturbo clinico che giustifica l'esclusione o la sostituzione di alimenti)</i>

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO E FARMACI SALVAVITA
Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti? ☐ Sì ☐ No
Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? ☐ Sì ☐ No

DIETA RICHIESTA
(Prescrizione tecnica per la cucina – barrare il numero dieta da richiedere)



Città di Teramo

ALLEGATO G Modulo di richiesta dieta speciale

Numero dieta	Descrizione menù dieta	Alimenti e derivati da eliminare
1	Menù per favismo	Fave, piselli.
2	Menù privo di glutine	Avena, farro, grano/frumento, kamut, segale, orzo.
3	Menù privo di latte	Latte e prodotti a base di latte; specificare se escludere il vitello: ☐ Escludere il vitello ☐ Non escludere il vitello
4	Menù privo di lattosio	Latte e formaggi con lattosio; grana padano < 9 mesi, parmigiano reggiano < 12 mesi.
5	Menù privo di uovo	Uova e prodotti a base di uova; specificare se escludere il pollo. ☐ Escludere il pollo ☐ Non escludere il pollo
6	Menù privo di pesce, molluschi e crostacei	Pesce, molluschi, crostacei.
7	Menù privo di frutta a guscio e arachidi	Mandorle, noci, anacardi, noci di pecan, nocciole, pinoli, pistacchi, arachidi.
8	Menù a basso contenuto di nichel	Cereali integrali, pesce in scatola, crostacei, molluschi, formaggi stagionati, spinaci, asparagi, funghi, pomodori, cavolfiore, broccoli, frutta secca, legumi, banana, fragola, agrumi, cioccolato.
9	Menù iposodico	Sale aggiunto, affettati, formaggi stagionati, tonno in scatola.
10	Menù frullato	Alimenti non frullabili.
MP	Menu personalizzato	Allegare elenco alimenti o schema dietetico personalizzato con data e dati del fruitore.

Dr./Dott.ssa (cognome e nome): _____

Recapito telefonico: _____

Mail/pec _____

Firma e Timbro _____

INFORMATIVA PER IL MEDICO

Gentile Medico,

al fine di garantire la sicurezza alimentare e l'adeguatezza nutrizionale dei pasti erogati nel servizio di ristorazione scolastica, La invitiamo a compilare il certificato seguendo le indicazioni riportate di seguito, in conformità con le *linee d'indirizzo vigenti della ristorazione scolastica della Regione Abruzzo*. Considerata l'elevata complessità organizzativa e il conseguente incremento del rischio clinico e gestionale, le



ALLEGATO G Modulo di richiesta dieta speciale

variazioni al menu sono limitate a casi di **comprovata necessità**. Tale indicazione è finalizzata a ottimizzare le procedure di preparazione e somministrazione, riducendo le possibilità di errore nelle fasi critiche della filiera produttiva.

1. Definizione della Diagnosi e Durata

È necessario barrare una sola delle tre opzioni di validità previste:

- **Richiesta Breve:** per esigenze transitorie, con durata massima di **30 giorni** (non ripetibile).
- **Patologia in Accertamento:** qualora l'iter diagnostico sia in corso, con durata massima di **4 mesi** (non ripetibile).
- **Patologia Accertata:** valida per l'intero anno scolastico o per un periodo specifico.

Diagnosi: Deve essere indicata in modo chiaro. Si ricorda che in questo caso devono essere esclusi esclusivamente gli alimenti testati con **test scientificamente validati**. Non sono ammesse diagnosi generiche o legate a semplici gusti personali (es. "non gradisce").

Rischio Anafilassi: È obbligatorio indicare se il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico alimentare.

Farmaco Salvavita: Specificare se al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita (es. adrenalina).

2. Selezione del Menù di Esclusione

Il certificato prevede 10 menù standardizzati e un'opzione per menu personalizzato.

- **Modalità di scelta:** È possibile barrare uno o più numeri corrispondenti alla dieta, ma non è consentito modificare gli alimenti da escludere già descritti nella terza colonna della tabella.

Specifiche Obbligatorie:

Per il Menù n. 3 (privo di latte): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di vitello.

Per il Menù n. 5 (privo di uovo): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di pollo.

- **Menu Personalizzato (MP):** Da utilizzare solo se i menù standard non sono idonei.

In questo caso, è necessario allegare un elenco degli alimenti da escludere o uno schema dietetico personalizzato con eventuali grammature o nel caso di selettività alimentare da patologia (es: nel disturbo dello spettro autistico) un elenco degli alimenti tollerati.

3. Requisiti di Validità

Il certificato sarà ritenuto valido solo se completo di:

- Dati anagrafici e codice fiscale del fruitore.
- Recapito telefonico del medico.
- Timbro e firma leggibile.