



## SCHEDA IDENTIFICATIVA per ALLERGIA ALIMENTARE

LO STUDENTE .....

Data e luogo di nascita .....

ISTITUTO SCOLASTICO .....

Iscritto al Servizio di Ristorazione scolastica      SI              NO

Ha una **allergia alimentare** ai seguenti alimenti



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CIBI DA EVITARE</li> </ul>
---

NOME	PARENTELA	CELLULARE	TEL LAVORO	TEL CASA

In caso di ingestione certa o sospetta di un alimento segnalato sopra, somministrare immediatamente:  
 Cetirizina gocce: gocce e Bentelan cp mg: compresse

Se compare più di una delle manifestazioni seguenti, In caso di assunzione certa o sospetta di un alimento segnalato sopra, come riconoscere una crisi anafilattica:

- Pelle: orticaria, gonfiore, prurito, arrossamento, rash cutaneo
- Respirazione: fischi e sibili, respiro corto, sensazione di gola chiusa, tosse, voce roca, sensazione di dolore e costrizione al torace, naso tappato, naso che cola, starnuti, occhi che lacrimano, , difficoltà ad inghiottire
- Gastrointestinale: nausea, dolore, vomito, diarrea
- Cuore: pallore, polso debole, svenimento, shock
- Altri: male di testa, ansietà

**Chiamare il 112 e avvisare i genitori o chi ne fa le veci**

Il sottoscritto genitore o facente funzione del suddetto minore .....,  
dopo aver letto e compreso le Linee Guida denominate **“Erogazione delle diete sanitarie e menù alternativi per motivi etico-religiosi”** (allegate al **“Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico”** del Comune di Genova) ovvero le **“Indicazioni operative per la gestione delle diete speciali in caso di allergie e intolleranze”** della Regione Liguria (allegato alla **“Linee di indirizzo per l’alimentazione preventiva, la nutrizione clinica e la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica della regione Liguria”** Delibera Regionale n. 695-2022), autorizza:

- l’utilizzazione dei dati qui esposti per garantire la sicurezza del minore suddetto affetto da allergia alimentare;
- il trattamento dei dati personali e sensibili del suddetto minore ai sensi del decreto legge 196/2003 e autorizza la comunicazione dei medesimi dati per le sole finalità sopra esposte;

Firma Genitore .....

Firma Medico ..... Centro Allergologico .....

Numeri di riferimento ..... email .....

Data .....

## **REAZIONI LIEVI/MODERATE: DIETA DI ESCLUSIONE con revisione semestrale/annuale**

### **DIAGNOSI BASATA SU:**

- Storia clinica
- TEST CUTANEO
- TEST IN VITRO

### **REVISIONE SCHEDA:**

- Ogni sei mesi
- Annuale
- .....