

Spett.le
Comune di Campodoro
Via Municipio, 2
35010 Campodoro – PD -

Torri di Quartesolo, 31 luglio 2019

GESTIONE DIETE CERTIFICATE A.S. 2019/2020

Gentili,

comunichiamo di seguito le procedure da seguire in presenza di alunni che richiedono diete speciali per allergie o intolleranze alimentari o per motivazioni etico/religiose che usufruiscono della mensa scolastica.

La **dieta speciale per allergie o intolleranze** alimentari deve essere richiesta dai genitori e comprovata da un **certificato medico** "leggibile", completata con il consenso al trattamento dei dati personali necessari per la gestione della dieta, **compilando il modulo A allegato alla presente**.

Per l'esclusione di alcuni cibi per motivazioni etico-religiose (**vegetariani, musulmani** ecc.) basta **compilare il modulo B allegato**.

- Le diete saranno predisposte a partire dal giorno successivo al ricevimento della richiesta via fax alla Ditta Euroristorazione.
- La dieta personalizzata sarà confezionata in monoporzione e contrassegnata da un'etichetta riportante i dati identificativi dell'alunno.
- Gli addetti alla somministrazione dovranno verificare, al momento della consegna dei pasti, la presenza di tutte le diete sulla base delle richieste. In caso di mancanza o non corrispondenza contattare tempestivamente EURORISTORAZIONE che provvederà al reintegro.
- Decliniamo ogni responsabilità in caso di erronea somministrazione della dieta da parte del personale non dipendente dalla nostra azienda o di eventuali scambi di pietanze da parte degli alunni stessi.

RISCHIO SHOCK ANAFILATTICO

Nel caso in cui sia segnalata sul certificato medico la possibilità che si verifichi uno **shock anafilattico** a seguito dell'ingestione accidentale di un alimento "non consentito", è indispensabile che, presso la scuola, venga predisposto un "**Piano di gestione dell'emergenza anafilattica personalizzato per ciascun alunno**", ove siano chiaramente indicati:



- I dati identificativi del bambino;
- I numeri telefonici di emergenza (pronto soccorso – familiari);
- Indicazioni scritte dei familiari e del medico di competenza sulle modalità di primo intervento accompagnate da una autorizzazione liberatoria;
- I nominativi del personale docente e/o non docente opportunamente formati e informati a prestare il primo soccorso;
- Presenza di farmaci salvavita da utilizzare (sempre a disposizione in luoghi opportunamente identificati).

Nonostante presso il nostro centro cottura venga posta una particolare attenzione nella predisposizione delle diete speciali in tutte le diverse fasi, dalla formazione del personale, al controllo delle materie prime, lavorazione, cottura, confezionamento, fino alla consegna presso la scuola, non è esclusa la possibilità che si possa verificare un errore, anche durante la fase di somministrazione oppure uno scambio di pietanze tra alunni stessi, con conseguenze molto gravi se non si interviene in maniera tempestiva nel caso si presenti la sintomatologia tipica dello shock anafilattico.

Pertanto, in caso di mancanza di un piano di intervento personalizzato, la dieta per gli alunni a rischio shock anafilattico non sarà attivata fino alla corretta definizione delle procedure, di cui richiediamo copia.

**TUTTI I DATI SOPRAINDICATI DOVRANNO ESSERE INVIATI AL
SERVIZIO NUTRIZIONALE DI EURORISTORAZIONE**

Fax n. 0444 583655 mail nadia.lovisetto@euroristorazione.it

Siamo certi che comprenderete l'importanza di un piano di intervento mirato, al fine di tutelare in primis la salute dell'alunno e nel contempo sollevare la nostra azienda da gravi responsabilità.

Siamo a disposizione per eventuali chiarimenti, ringraziamo fin da ora per la collaborazione e, con l'occasione, porgiamo cordiali saluti.

EURORISTORAZIONE SRL
Servizio Nutrizionale
Dietista Nadia Lovisetto



**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

Servizio Nutrizionale di Euroristorazione
tel. 0444 580699 interno 6
fax n.0444 583655
mail nadia.lovisetto@euroristorazione.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel . abitazione n° _____
cell. n° _____
che frequenta la classe _____ sez. _____
della scuola _____

per l'anno scolastico 2019/2020

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione all'alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall' alimentazione

Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data _____

Firma _____

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA****Servizio Nutrizionale di Euroristorazione**

tel. n. 0444 580699 interno 6

fax n. 0444 583655

mail nadia.lovisetto@euroristorazione.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n° _____

tel. abitazione n° _____

cell. n° _____

che frequenta la classe _____ sez. _____

della scuola _____

per l'anno scolastico 2019/2020

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDEl'erogazione per il/la proprio/a figlio/a di dieta per motivi etico-religiosi con
l'esclusione dall'alimentazione dei seguenti alimenti:- carne di maiale - carne di bovino

altri alimenti _____

Data _____

Firma _____

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei
dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il comune
sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.



ALLERGIA ALIMENTARE ED ANAFILASSI: PROGRAMMA DI INTERVENTO IN CASO DI EMERGENZA

Nome _____
 Cognome _____
 Luogo e Data di nascita _____
 Residenza _____

Fotografia
 del/della paziente

ALLERGIA A:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cereali contenenti glutine | <input type="checkbox"/> Arachidi |
| <input type="checkbox"/> Crostacei | <input type="checkbox"/> Soia |
| <input type="checkbox"/> Uova | <input type="checkbox"/> Latte |
| <input type="checkbox"/> Pesce | <input type="checkbox"/> Frutta a guscio |
- Altri _____

REAZIONE ANAFILATTICA PREGRESSA: SI NO

ASMA: SI NO

} alto rischio
 di sviluppare
 una reazione
 allergica grave

SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA:

(alla comparsa contemporanea di più sintomi procedere immediatamente con il piano di intervento farmacologico)

- ☞ BOCCA: prurito e gonfiore delle labbra e della lingua.
- ☞ GOLA: prurito, **tosse stizzosa e abbaiente, voce roca.**
- ☞ PELLE: **pomfi o eritema localizzati o diffusi, gonfiore del volto e delle estremità.**
- ☞ APPARATO DIGERENTE: nausea, dolore addominale a crampo, **vomito e/o diarrea ripetuti.**
- ☞ APPARATO RESPIRATORIO: **tosse stizzosa e abbaiente, respiro sibilante, difficoltà respiratoria.**
- ☞ APPARATO CIRCOLATORIO: **collasso.**
- ☞ APPARATO NEUROLOGICO: **scarsa vivacità, abbattimento, perdita di coscienza.**

PIANO DI INTERVENTO FARMACOLOGICO

N.B. Il kit salvavita si trova _____

1. Se sintomi: PRURITO ALLA GOLA, GONFIORE LABBRA E LINGUA, POMFI O ERITEMA, NAUSEA, DOLORE ADDOMINALE A CRAMPO

☞ dare: ANTISTAMINICO nome commerciale _____
 dosaggio _____ scadenza _____ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)
 SOMMINISTRATO ANTISTAMINICO: Data _____ Ora _____

☞ dare: BRONCODILATATORE nome commerciale _____
 dosaggio _____ scadenza _____ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)
 SOMMINISTRATO BRONCODILATATORE: Data _____ Ora _____



2. Se progressione dei sintomi (10-15 minuti): ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO

☞ somministrare: **ADRENALINA AUTOINIETTABILE** fiala _____ mg
 nome comm. _____ scadenza _____ (conservare a temp. amb. al riparo dalla luce)

ISTRUZIONI PER L'USO DELL'ADRENALINA AUTOINIETTABILE



I due autoiniettori disponibili sul mercato italiano:

- **Jext** (a sinistra);
- **Fastjekt** (a destra).



1. Rimuovere il tappo colorato.



2. Applicare la punta della penna alla parte esterna della coscia.



3. Premere con forza finché non si sente uno scatto di attivazione. Tenere in posizione per 10 secondi.



4. Rimuovere la penna.

☞ lasciare la persona dove si trova e mai da sola, evitando di mantenerla in posizione eretta

☞ se la persona è cosciente metterla in posizione anti-shock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue alla testa e al cuore.

Se presenta difficoltà respiratoria (asma) tenere il busto un po' sollevato da terra

☞ se la persona è incosciente metterla nella posizione laterale di sicurezza secondo le norme di primo soccorso



SOMMINISTRATA ADRENALINA: Data _____ Ora _____

☞ chiamare il **118** ed avvisare:

RIFERIMENTO _____ n. tel. _____

RIFERIMENTO _____ n. tel. _____

RIFERIMENTO MEDICO _____ n. tel. _____

CONSEGNARE L'ADRENALINA SOMMINISTRATA AL PERSONALE SUEM (118) O A QUELLO DEL PRONTO SOCCORSO DOVE VIENE CONDOTTA LA PERSONA PER LA SUCCESSIVA OSSERVAZIONE.

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE:

FIRMA DEL MEDICO CURANTE:

Luogo e Data: _____