

POTRDILO O MEDICINSKO INDICIRANI DIETI ZA OTROKA

IME IN PRIIMEK OTROKA: _____

Datum rojstva: _____

IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA, ki izda potrdilo: _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA in PODROČJE DELA: _____

NAVEDBA DIETE (obkrožiti v katalogu diet): _____

TRAJANJE DIETE (obkrožiti):

1) TRAJNA

2) ZAČASNA (potrdilo je treba obnavljati vsaj enkrat letno)

3) DO PREGLEDA PRI SPECIALISTU PEDIATRU, USMERJENEM V PODROČJE (potrdilo velja največ 6 mesecev)

IZDANA PISNA NAVODILA ZA IZVAJANJE DIETE (pri zdravniku ali kliničnem dietetiku):

Obkrožiti: DA NE

Datum izdaje potrdila: _____

(podpis in žig zdravnika)

Dokument so pripravili člani Sekcije za pediatrično pulmologijo, alergologijo in klinično imunologijo, Sekcije za gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano ter Sekcije za primarno pediatrijo Združenja za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva.

KATALOG MEDICINSKO INDICIRANIH DIET:

1. ALERGIJSKA DIETA BREZ KRAVJEGA MLEKA
2. ALERGIJSKA DIETA BREZ JAJC
3. ALERGIJSKA DIETA BREZ PŠENICE
4. ALERGIJSKA DIETA BREZ ARAŠIDOV
5. ALERGIJSKA DIETA BREZ DREVESNIH OREŠČKOV
6. ALERGIJSKA DIETA INDIVIDUALNA: _____
7. BREZGLUTENSKA DIETA
8. DIETA PRI LAKTOZNI INTOLERANCI
9. DIETA PRI FRUKTOZNI INTOLERANCI
10. SLADKORNA DIETA – ŠTETJE OH (zdravljenje z inzulinsko črpalko ali FIT terapija)
11. DIETA PRI MOTNJAH PRESNOVE: _____
12. DIETA PRI DRUGIH KRONIČNIH BOLEZNIH: _____