SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Allegato 2

CERTIFICAZIONE DI CONDIZIONE CHE CONTROINDICA O RENDE IMPOSSIBILE L'USO DI LATTE MATERNO: RICHIESTA DI FORNITURA GRATUITA DI FORMULA ai sensi del D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Data_____

Attesto che il neonato/la neonata

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale_____Data di nascita_____

Residenza/domicilio _____

Genitore/avente la responsabilità genitoriale/ avente la tutela legale del neonato/della neonata

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale_____

Residenza/domicilio _____

Telefono_____

Non può ricevere latte materno per la seguente ragione permanente (evidenziare come appropriato):

infezione da HTLV1 e 2 [ ]

sindrome di Sheehan [ ]

alattogenesi ereditaria [ ]

ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare) [ ]

mastectomia bilaterale [ ]

morte materna [ ]

oppure per la seguente ragione temporanea (da rivalutare mensilmente):

infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo [ ]

infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo [ ]

infezione ricorrente da streptococco di gruppo B [ ]

lesione luetica sul seno [ ]

tubercolosi bacillifera non trattata [ ]

mastite tubercolare [ ]

infezione da virus varicella zooster [ ]

esecuzione di scintigrafia [ ]

assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento [ ]
specificare la molecola_____

assunzione di droghe (escluso il metadone) [ ]

alcolismo [ ]

altro (specificare)_____

Sulla base di quanto sopra certificato, si richiede la fornitura gratuita di latte di formula in sostituzione del latte materno:

- fino al compimento dei 6 mesi (inserire data):__/_/_____
- fino al venire meno della condizione che controindica temporaneamente l'allattamento (inserire data):__/_/__e comunque non oltre la data del compimento dei 6 mesi di vita

□Prima richiesta

□Rinnovo mensile

Per la quantità e il tipo di formula da erogare fare riferimento alle indicazioni del medico curante (pediatra)

Il medico (timbro e firma) _____

Questa certificazione, unitamente alla dichiarazione ISEE in corso di validità, va presentata all'azienda sanitaria di residenza, ***servizio assistenza integrativa****, che rilascia l'autorizzazione al ritiro della fornitura gratuita presso i punti di erogazione diretta aziendali e la* ***archivia anche per possibili successivi controlli****.*