

ATTESTAZIONE - CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE PATOLOGICA
PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI)

in applicazione del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (G.U. 249/2021)
come dal elenco Allegato A Dgr Veneto n. 1563/22

Si accerta e si certifica che sussistono le condizioni materne che controindicano l'allattamento in maniera assoluta

Indicazioni permanenti

- infezione da HTLV1 e 2;
- sindrome di Sheehan;
- alattogenesi ereditaria;
- ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
- mastectomia bilaterale;

Indicazioni temporanee

- 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;
- assunzione di droghe (escluso il metadone);
- alcolismo.

per le seguenti mensilità.....(*indicare n. mensilità per le sole patologie temporanee*).

ai sensi dell'Allegato 1 del DM 31 Agosto 2021, non già diversamente normate, della

Signora.....

Codice Fiscale.....

genitore del neonato/lattante..... nato il

residente/domiciliato

Data

Il Medico

.....

(timbro e firma)