

SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Päiväys ____/____/20____

Lomake koskee pysyvää erityisruokavaliota tai ruoka-allergioita, jotka aiheuttavat vakavia oireita. Vanhemmat täyttävät lomakkeen lääkärin tai ravitsemussuunnittelijan kanssa. Ruoka-allergioiden osalta tilanne tulee tarkistaa vuosittain sekä tilanteen muuttuessa. Tarjottava ruoka on laktoositonta. Mikäli käytössä on vain muutamia ruoka-aineita, käytä lomaketta 2. Allekirjoittamalla ja palauttamalla lomakkeen huoltaja antaa luvan tietojen käyttämiseen varhaiskasvatuksessa/koulussa ja ateriapalveluissa sekä näiden

Nimi _____ Syntymäaika _____																																		
Päiväkoti/koulu _____ Ryhmä/Luokka _____																																		
Huoltaja _____ <input type="checkbox"/> Henkilökunta																																		
PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Liitteenä ateriasuunnitelma <input type="checkbox"/> Keliakia <input type="checkbox"/> EI KÄYTÄ gluteenitonta kauraa																																	
VUOSITTAIN TARKASTETTAVA RUOKA-AINEALLERGIA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ruoka-aine</th> <th>Oire</th> <th>Anafylaksian vaara</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> Adrenaliiniruiske varalääkkeenä	Ruoka-aine	Oire	Anafylaksian vaara	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Ruoka-aine	Oire	Anafylaksian vaara																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
_____	_____	<input type="checkbox"/>																																
RUOKAILUTILANTEESSA HUOMIOITAVAA	Ruokailutilanteessa ruokailijan itse syrjään siirtämät/syrjään siirrettävät ruoka-aineet: _____ _____ Ruokajuoma <input type="checkbox"/> Laktoositon																																	
MUUTA HUOMIOITAVAA																																		

Ammattilaiset allekirjoitus ja nimenselvennys <input type="checkbox"/> Lääkäri <input type="checkbox"/> Ravitsemussuunnittelija	Yhteystiedot
Huoltajan/Henkilökunta asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys	Yhteystiedot