

## SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Lomake koskee pysyvää erityisruokavaliota tai ruoka-allergioita, jotka aiheuttavat vakavia oireita. Vanhemmat täyttävät lomakkeen terveydenhoitajan, lääkärin tai ravitsemusterapeutin 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 tietojärjestelmissä.

Nimi \_\_\_\_\_ Syntymäaika \_\_\_\_\_

 Päiväkoti/koulu \_\_\_\_\_ Ryhmä/Luokka \_\_\_\_\_ henkilökunta 

Huoltaja \_\_\_\_\_

<b>PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Liitteenä ateriasuunnitelma <input type="checkbox"/> Keliakia <input type="checkbox"/> ei käytä gluteenitonta kauraa																											
VUOSITTAIN TARKASTETTAVA <b>RUOKA-AINEALLERGIA</b>	Merkittäviä tai hengenvaarallisia oireita aiheuttava <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Ruoka-aine</th> <th style="width: 40%;">Oire</th> <th style="width: 30%;">Anafylaksian vaara</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Adrenaliiniruiske varalääkkeenä             </div>	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"/>
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"/>																										
<b>RUOKAILUTILANTEESSA HUOMIOITAVA</b>	Ruokailutilanteessa ruokailijan itse syrjään siirtämät/syrjään siirrettävät ruoka-aineet: _____ _____ <b>Ruokajuoma</b> <input type="checkbox"/> Laktoositon																											
<b>MUUTA HUOMIOITAVAA</b>	_____ _____																											

Ammattilaisen allekirjoitus ja nimenselvennys <input type="checkbox"/> Lääkäri <input type="checkbox"/> Terveydenhoitaja <input type="checkbox"/> Ravitsemusterapeutti	Yhteystiedot
Huoltajan/Henkilökunta asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys	Yhteystiedot