

## SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

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

Lomake koskee pysyvää erityisruokavaliota tai ruoka-allergioita, jotka aiheuttavat vakavia oireita. Lomake täytetään terveydenhoitajan, lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa. Uskonnollisessa ruokavaliossa riittää huoltajan/täysi-ikäisen allekirjoitus. 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/ilta-päiväkerhossa 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"/> <b>ei käytä</b> gluteenitonta kauraa																								
<b>PYSYVÄ EETTINEN TAI USKONNOLLINEN RUOKAVALIO</b>	<input type="checkbox"/> Kasvisruokavalio (Sisältää maitotaloustuotteita ja kananmunaa) <input type="checkbox"/> syö kalaa <input type="checkbox"/> syö broileria ja kalkkunaa <input type="checkbox"/> ei veriruokia <input type="checkbox"/> ei sisäelimiä <input type="checkbox"/> ei sianlihaa <input type="checkbox"/> ei naudanlihaa																								
<b>VIKSIITAIN TARKASTETTAVA RUOKA-AINEALLERGIA</b>  <input type="checkbox"/> Adrenaliiniruiske varalääkkeenä	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> </tbody> </table>	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"/>
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"/>																							
<b>RUOKAILUTILANTEESSA HUOMIOITAVA</b>	Ruokailutilanteessa ruokailijan itse syrjään siirtämät/syrjään siirrettävät ruoka-aineet: _____ _____ Ruokajuoma <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