

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/iltapäiväkerhossa ja ateriapalveluissa sekä näiden tietojärjestelmissä. Mikäli vain terveydenhuollonammattilainen allekirjoittaa lomakkeen, huoltajaa tulee informoida tiedon jakamisesta*.

Nimi _____ Syntymäaika _____

Päiväkoti/koulu _____ Ryhmä/Luokka _____ /Henkilökunta

Huoltaja _____

PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Liitteenä ateriasuunnitelma <input type="checkbox"/> Keliakia <input type="checkbox"/> ei käytä gluteenitonta kauraa																					
PYSYVÄ EETTINEN TAI USKONNOLLINEN RUOKAVALIO	<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																					
VUOSITTAIN TARKASTETTAVA RUOKA-AINEALLERGIA	<p>Merkittäviä tai hengenvaarallisia oireita aiheuttava</p> <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> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <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"/>
Ruoka-aine	Oire	Anafylaksian vaara																				
_____	_____	<input type="checkbox"/>																				
_____	_____	<input type="checkbox"/>																				
_____	_____	<input type="checkbox"/>																				
_____	_____	<input type="checkbox"/>																				
_____	_____	<input type="checkbox"/>																				
_____	_____	<input type="checkbox"/>																				
RUOKAILUTILANTEESSA HUOMIOITAVA	<p>Ruokailutilanteessa ruokailijan itse syrjään siirtämät/syrjään siirrettävät ruoka-aineet:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ruokajuoma <input type="checkbox"/> Laktoositon </p>																					
MUUTA HUOMIOITAVAA																						

Ammattilaisen allekirjoitus ja nimenselvitys <input type="checkbox"/> Lääkäri <input type="checkbox"/> Terveydenhoitaja <input type="checkbox"/> Ravitsemusterapeutti	Yhteystiedot <input type="checkbox"/> *Huoltajaa on informoitu tiedon jakamisesta
Huoltajan/Henkilökunta asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvitys	Yhteystiedot