Varkauden ruokapalvelu / päivähoito, esikoulu, koulu, kouluterveydenhuolto 

**ILMOITUS ERITYISRUOKAVALIOSTA**

Oppilaan / lapsen nimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Syntymäaika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitopaikka / Koulu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luokka/ryhmä \_\_\_\_\_\_\_\_

Huoltaja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puhelin hoito-/ kouluaikana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Keskustele oireen vaikeusasteesta terveydenhoitajan kanssa. On hyvä huomioida, että nykyinen suuntaus ruoka-allergian hoidossa ei ole pelkästään välttämistä vaan myös sietokyvyn kehittämistä. Mikäli oireet ovat lieviä, ei välttämisruokavaliota tarvita. Mikäli lapsella on vakava ruoka-allergia (lapsi on ollut sairaalahoidossa allergian suhteen), tulee hänen olla erityisseurannassa.**

**ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ**

**Ruoka-aineyliherkkyys tai – allergia**

Merkittäviä tai hengenvaarallisia Oireen vaikeusaste

oireita aiheuttava ruoka-aine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Vähälaktoosinen ruokavalio, mutta tarvitsee ruokajuomaksi laktoosittoman maitojuoman

⬜ Täysin laktoositon ruokavalio

⬜ Keliakia

⬜ Diabetes, tarvitsee välipalan

**EETTISET / USKONNOLLISET SYYT**

⬜ Ei sianlihaa ⬜ Ei veri- tai maksaruokia

⬜ Kasvisruokavalio (sisältää maitotaloustuotteita ja kananmunaa)

⬜ Kala sopii ⬜ Broileri sopii

Muu, mikä \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Huoltajan allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terveydenhoitajan / lääkärin allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_