|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Voimassaolo:  \_\_/\_\_20\_\_ alkaen  \_\_/\_\_20\_\_päättyy | Lääkäri täyttää | Voimassaolo:  \_\_/\_\_ 20\_\_ alkaen  ei tarvitse uusia  (keliakia, diabetes, laktoositon, aikuisruokailijat ) |
| RUOKAILIJAN PERUSTIEDOT | Sukunimi | |
| Etunimi Syntymäaika | |
| Päiväkoti/ Koulu Ryhmä/ Luokka | |
| Huoltaja | |
| Puhelin / sähköposti | |
| ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ | Diabetes (henkilökohtainen ateriasuunnitelma tarvittaessa liitteeksi) | |
| Keliakia, ei siedä kauraa  Keliakia, gluteeniton kaura sopii  Keliakia, ei siedä gluteenitonta vehnätärkkelystä | |
| Laktoositon ruokavalio  ☐ Maidoton ruokavalio | |
| Ruoka-aineallergia, jossa vaikeita oireita  Adrenaliiniruiske varalääkkeenä  Kielletty ruoka-aine Yleistyneen allergisen  reaktion eli anafylaksian vaara ja hoitomuoto  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Lapsella on käytössä adrenaliiniruiske; käytä seuraavasti:  Jos lapsi saa vahingossa vältettävää ruoka-ainetta anna heti antihistamiinia  (lääke, annos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jos oireet etenevät (hengitysvaikeus, äänen käheys, oksentelu, vetämättömyys,  kasvojen turpoaminen, nokkosrokko) pistä adrenaliiniruiske (Jext®,  Epipen®), kutsu apua (112) ja ilmoita vanhemmille.  Älä jätä lasta yksin! | |
| MUUTA HUOMIOITAVAA |  | |
| MUUTOKSET RUOKAVALIOSSA | Muista ilmoittaa muutoksista | |
| ALLEKIRJOITUS  JA PÄIVÄYS | Päiväys Lääkärin allekirjoitus tai leima ja nimen selvennys | |