

ANKIETA ALERGII POKARMOWYCH

Imię i nazwisko dziecka:

Wiek dziecka:.....

Obóz:.....

PYTANIA SZCZEGÓŁOWE:

1. Powód stosowania diety bezglutenowej:

celiakia / choroba Dürhinga (skórna postać celiakii) / alergia na gluten / nietolerancja glutenu / terapia poantybiotykowa / w celu zmniejszenia nadpobudliwości / w przebiegu leczenia innej niż celiakia choroby autoimmunizacyjnej / inne (proszę podać jakie)

.....

2. Od jak dawna jest stosowana u dziecka dieta bezglutenowa?

.....

3. Objawy u dziecka po spożyciu glutenu: biegunka / wymioty / wysypka / ból głowy / duszność / inne (proszę podać jakie)

.....

.....

4. Czy dziecko korzysta z komunikatów niskoglutenowych?

.....

5. Czy dziecku znana jest charakterystyka diety bezglutenowej i potrafi samodzielnie ocenić, czy może spożyć dany produkt?

.....

6. Czy dziecko stosuje dietę bezmleczną lub z ograniczeniem produktów mlecznych?

.....

7. Przyczyna stosowania diety bezmlecznej: stwierdzona nietolerancja laktozy /nietolerancja laktozy w przebiegu niedawno wykrytej celiakii / alergia na białko mleka krowiego / samodzielna obserwacja samopoczucia dziecka po spożyciu pokarmów mlecznych / inny powód

.....

8. Czy dziecku znana jest charakterystyka diety bezmlecznej i potrafi samodzielnie ocenić, czy może spożyć dany produkt?

.....

9. Czy dziecko jest uczulone na inne produkty spożywcze i substancje zawarte w żywności (np. orzechy, seler, jaja kurze, jabłko, soję, kakao, truskawki, barwniki, konserwanty, skrobię pszenną bezglutenową)?

.....

10. Alergeny, które wywołują reakcję u dziecka (proszę wymienić):

.....

11. Czy dziecku znana jest charakterystyka diety eliminacyjnej i potrafi samodzielnie ocenić, czy może spożyć dany produkt?

.....

12. Czy dziecko kiedykolwiek przeżyło wstrząs anafilaktyczny po spożyciu w/w alergenów?

.....

13. Czy u dziecka obserwuje się zaburzenia czynności przewodu pokarmowego niezwiązane ze spożyciem produktów wykluczonych z diety oraz niebędące objawami infekcji?

.....

14. Postępowanie u dziecka w razie złego samopoczucia związanego z zaburzeniami czynności przewodu pokarmowego i niezwiązanego ze spożyciem produktów wykluczonych z diety oraz nie będącego objawem infekcji:

.....

15. Czy dziecko cierpi na dodatkowe choroby (jakie):

.....

16. Dodatkowe informacje, które chcieliby Państwo przekazać dietetykowi proszę zamieścić tutaj:

.....

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że w powyższej ankiecie zawarłem/am wszystkie informacje niezbędne do przeprowadzenia opieki dietetycznej oraz bezpiecznego przygotowania posiłków dla mojego dziecka w czasie wypoczynku, zgodnie z stanem faktycznym zdrowia dziecka.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że odpowiedzialność za spożycie produktów żywnościowych przywiezionych przez dziecko, zakupionych na miejscu bez wiedzy dietetyka oraz spożytych podczas posiłku niezgodnie z zaleceniami dietetyka biorą Rodzice dziecka.

Oświadczam, że moje dziecko posiada wiedzę na temat stosowanej u niego diety, potrafi ją nazwać. Jednocześnie pouczyłem/am dziecko o konieczności zwracania się do dietetyka z wszystkimi wątpliwościami dotyczącymi spożywanych produktów i potraw. Za produkty spożyte przez dziecko wbrew zaleceniom dietetyka odpowiedzialność biorą Rodzice dziecka.

Przyjmuję do wiadomości, że w czasie trwania obozu wydawane są desery (wymienne owoce i słodczyce). Również część nagród przyznawanych dzieciom to słodczyce. Produkty dostarczone dzieciom we wszystkich wyżej wymienionych sytuacjach są kontrolowane przez dietetyka pod kątem zawartości glutenu (ewentualnie innych składników, których dziecko nie może przyjmować, a zostały one zawarte w ankiecie).

Wszystkie informacje zawarte w ankiecie są prawdziwe.

Wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie.

Imię i nazwisko Rodzica:.....