

| | |
|--|--|
| Processus : R7 - Qualité | Type de document : Formulaire - Formular - Form |
| Demande de régime allergie intolérance | R7.F01 v4 |

Les informations transmises dans ce formulaire seront traitées en toute confidentialité. Elles nous sont nécessaires pour prendre position sur la faisabilité du régime alimentaire en cas d'allergie ou d'intolérance, afin de garantir la sécurité de nos convives.

Ce formulaire a été élaboré en partenariat avec le service d'allergologie et d'immunologie du CHUV et des HUG. Nous tenons à disposition des médecins un rapport d'expertise médicale sur le sujet.

Personne bénéficiaire du régime

Madame

Monsieur

Structure d'accueil fréquentée :

Nom :

Prénom :

Représentant (si personne mineure)

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Renseignements concernant l'intolérance alimentaire

Intolérance

Aliments concernés :

Gluten

Lactose

Anhydride sulfureux et sulfites

Amines biogènes

Autres (préciser) : _____

Renseignements concernant l'allergie alimentaire

Allergie

Aliment(s) concerné(s) :

Peut consommer des traces :

Amande

Oui

Non

Cacahuète, arachides

Oui

Non

Blé (Gluten)

Oui

Non

Céleri

Oui

Non

Crustacés

Oui

Non

Lait cru

Oui

Non

Lait cuit

Oui

Non

Lupin

Oui

Non

Mollusques

Oui

Non

Moutarde

Oui

Non

| | |
|--|--|
| Processus : R7 - Qualité | Type de document : Formulaire - Formular - Form |
| Demande de régime allergie intolérance | R7.F01 v4 |

Aliment(s) concerné(s) :

- Œufs crus
- Œufs cuits (180°C, > 30 minutes)
- Noisette
- Noix de cajou, pistache
- Noix de pécan, noix de noyer
- Noix de macadamia
- Noix du Brésil
- Pignon
- Poissons
- Sésame
- Soja
- Autres (préciser) : _____

Peut consommer des traces :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Informations

Le diagnostic du médecin sera analysé par les services compétents afin de définir la faisabilité du régime dans notre cuisine de production.

En cas d'allergie sévère, qui pourrait impliquer la mise en danger de la santé de la personne concernée, Kidelis SA ne peut prendre la responsabilité de la fourniture de repas et/ou des collations et goûter et préconise la mise en place d'un panier-repas.

En cas d'allergie légère, qui n'implique pas une mise en danger de la santé de la personne concernée, des repas pourront être fournis sous réserve des critères donnés par le médecin.

Dans tous les cas, nous ne pouvons exclure une éventuelle contamination croisée qui ferait qu'une ou plusieurs substances allergènes pourraient se trouver involontairement dans un repas étant donné la préparation de tout type de menu dans la même cuisine.

Attestation

Nous attestons avoir rempli ce questionnaire avec précision et attestons de la validité de ces informations. Nous confirmons aussi avoir pris connaissance des informations données par chaque intervenant.

Le demandeur ou les parents/représentants légaux du bénéficiaire :

Date :

Signature :

Le médecin FMH, pédiatre ou allergologue atteste de l'exactitude des informations données sur ce formulaire **et estime l'accès à une prestation de collectivité compatible avec l'allergie ou l'intolérance alimentaire** décrite ci-dessus.



Timbre

Date :

Signature :

| | |
|--|--|
| Processus : R7 - Qualité | Type de document : Formulaire - Formular - Form |
| Demande de régime allergie intolérance | R7.F01 v4 |

Partie Réservee à Kidelis SA (ne pas compléter)

Structure à l'origine de la demande

Nom de la structure d'accueil :

Avis du service Qualité sur la prise en charge « sécurité des denrées alimentaires »

Favorable

Défavorable

En cas d'avis favorable, respecter la procédure fournie par le service Qualité.

Avis du Directeur Kidelis SA sur la prise en charge opérationnelle

Favorable

Défavorable

Durant la période d'attente de ces différents avis, les repas ne seront pas pris en charge par Kidelis SA.

Décision finale

Prise en charge du régime alimentaire par Kidelis SA

Repas non pris en charge par Kidelis SA