

Processus : S7 - Surveillance - Überwachung - Monitoring	Type de document : Formulaire - Formular - Form
HACCP Demande de régime allergie_intolérance	S7.F122 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 Restaurant fréquenté :
Nom : Prénom :

Représentant (si personne mineure ou sous curatelle)

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) :

- Amande
 Cacahuète, arachides
 Blé (Gluten)
 Céleri
 Crustacés
 Lait cru
 Lait cuit
 Lupin
 Mollusques
 Moutarde

Peut consommer des trace(s) :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <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 |

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 trace(s) :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <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 restaurant.

En cas d'allergie sévère, qui pourrait impliquer la mise en danger de la santé de la personne concernée, Eldora SA ne peut prendre la responsabilité de la fourniture de repas et/ou des collations 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 un restaurant de collectivité compatible avec l'allergie ou l'intolérance alimentaire décrite ci-dessus.

Timbre



Date :

Signature :

Partie Réservee à Eldora SA (ne pas compléter)

Processus : S7 - Surveillance - Überwachung - Monitoring	Type de document : Formulaire - Formular - Form
HACCP Demande de régime allergie_intolérance	S7.F122 v4

Restaurant à l'origine de la demande

Numéro et nom de l'établissement :

Nom du responsable de restaurant :

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 service des exploitations 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 le restaurant.

Décision finale

Prise en charge du régime alimentaire par le restaurant

Repas non pris en charge par le restaurant