

ПРОТОКОЛ № ...../ ДАТА.....

Име на детето:.....

ЕГН: .....

Адрес: .....

Детска кухня/ясла /градина /училище: .....

[име на детското/учебно заведение]

Издава се на: .....

[име на родителя или законния представител]

Според анамнестичните, клиничните и лабораторните данни се приема, че детето страда от хранителна алергия или непоносимост.

Препоръчва се хранене в режим ..... (за срок от 6 месеца):

посочете избрания режим с цифри и думи

Видове хранителни режими създадени от Община Варна:

1. Безглутенов режим - изключение всички видове храни, съдържащи глутен (пшеница, ечемик, ръж, овесени ядки и др.);
2. Безказеинов режим - изключени млечни продукти с казеин (животинско мляко, сирене, кисело мляко и др.), телешко месо;
3. Безказеинов, безглутенов режим и яйца;
4. Безказеинов, безглутенов, без риба, цитруси и яйца;

При изключителни случаи е разрешено внасяне на храна от родителите поради различна алергия от четирите режима, която подлежи на допълнителна процедура и издаване на становище.

Приключването на режима е след изтичане на 6-месечния период на протокола или при предварително прекратяване - след консулт с проследяващия лекар-детски гастроентеролог или алерголог.

Протоколът се изготвя от 25-то до 29-то число на месеца преди въвеждане на режима.

Лекар: .....

име на лекаря със специалност детска гастроентерология/ алерголог/ специалист по хранене и диететика

Подпис на лекаря:.....

Печат:

Родителят се задължава да уведоми и предостави на детското/учебно заведение копие от този протокол.

Родител подпис:.....