

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) :

 Oui

 Non

 Oui

 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 :

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

## Partie Réservée à Eldora SA (ne pas compléter)

### 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