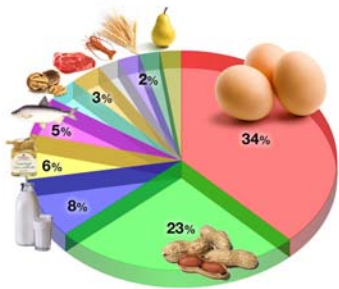


34% Blanc d'œuf
23% Cacahuètes
8% Lait de vache
6% Moutarde
5% Poissons
3% Noix
2% Viandes
2% Crustacés
2% Bœuf
2% Fruits



FORMULAIRE DE SIGNALEMENT : ALLERGIE ou INTOLERANCE ALIMENTAIRE

NOM :

Prénom :

Date d'hospitalisation :

Durée de séjour prévue :

Médecin/Chirurgien hospitalisateur :

LISTE DES ALIMENTS		
ALLERGIES*	INTOLERANCES	AVERSIONS Ou aliments que vous ne consommez pas
<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Crustacés <input type="checkbox"/> Œufs <input type="checkbox"/> Poissons <input type="checkbox"/> Arachides <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Lait <input type="checkbox"/> Fruits à Coques <input type="checkbox"/> Céleri <input type="checkbox"/> Moutarde <input type="checkbox"/> Graines de sésame <input type="checkbox"/> Anhydride sulfureux et sulfites <input type="checkbox"/> Lupin <input type="checkbox"/> Mollusques <input type="checkbox"/> Autres à préciser :		

*Décret n°2015-447 du 17 avril 2015 relatif à l'information des consommateurs sur les allergènes et les denrées alimentaires non préemballées

Date :

Signature