



迪卡尔布县校区 (DeKalb County School District, DCSD)
DEPARTMENT OF EXCEPTIONAL EDUCATION AND SUPPORT SERVICES
5839 Memorial Drive
Stone Mountain, Georgia 30083
(678) 676-1800
传真: (678) 676-1888

下述儿童目前参加美国农业部 (USDA) 开展的一项学校营养计划。
美国农业部法规 7CFR 第 15B 部分规定, 为因残障而受到饮食限制, 并有执业医师签名证词作为辅助证据的儿童提供学校营
养计划餐食的替代品或调整餐食。可能造成威胁生命的严重 (过敏) 反应的食品过敏症满足 “残障” 定义。
学校食品管理局可以选择调整适应由公认的医疗机构 (医生、医生助理、执业护士) 签字的证词作为辅助证据的有非残障特殊
饮食需求的学生。
学校食品管理局可以选择为有不耐乳症或文化宗教信仰等非残障特殊饮食需求的学生提供牛奶替代品。如果学校食品管理局提供这些
替代饮食, 则牛奶替代品必须满足法规中确认的营养标准。如果提供替代饮食, 将在第 2 部分指出来。公认的医疗机构 (医生、医
生助理、执业护士) 可以填写该部分。

医生和家长授权经口喂食和/或管喂食
20__ 至 20__ 学年

学生姓名: _____ 日期: _____
出生日期: _____ 学校: _____
诊断结论: _____

请回答下列问题, 以便我们为学生提供安全恰当的服务。

I. 医生推荐的饮食:

____ 禁食 (NPO) 液体:
____ 经口 (PO) 饮食: 常规 _____
____ 常规 增稠 _____
如果增稠, 采用何种稠度?
____ 碎丁 _____ 花蜜 ____ 蜂蜜 ____ 布丁 ____
____ 浓汤-在下文说明质地
____ 谷类婴儿食品 ____ 第 1 阶段 婴儿食品 (顺滑)
____ 捣碎的餐桌食品 ____ 第 2 阶段 婴儿食品 (半硬质)
____ 常规餐桌食品 ____ 第 3 阶段 婴儿食品 (硬质)
____ 学校餐食补充品
____ 经口固体食品
____ 经胃管供给的液体
____ 管喂
____ 配方名称 _____
相似营养值的配方可以替代吗? 可以 不可以
每次喂食的数量 _____
喂食次数 _____
饮水量 _____
冲洗水量 _____

II. 喂食方式:

_____ 食团 缓慢

_____ 滴注

_____ 泵 如果使用泵, 该做哪些设置? _____

III. 做吞咽研究了吗? 做了 没做 (一个周期) 如果做了, 请提供附件 (如有)。**IV. 仅限针对非残障特殊饮食需求提出请求** 医疗机构完成第 IV 部分, 并由学校/校区批准后, 学校/校区为具有非残障特殊饮食需求的学生提供无乳糖牛奶作为牛奶替代品。为全体学生提供饮用水。

孩子有非残障医疗需求或特殊饮食需求, 需限制摄入液体牛奶吗?

有 无

列出医疗需求或特殊饮食需求 (例如, 乳糖不耐症或文化宗教信仰):

医疗机构或家长/监护人签名: _____

日期: _____

V. 由医生/医疗机构填写孩子有残障问题吗? 有 无

如果有, 请确定残障问题, 并描述受该残障问题影响的主要生活活动。

孩子的残障问题影响到其营养需求或进食需求吗? 是 否 如果孩子没有残障问题*, 是否有特殊营养需求或进食需求? 是 否

(学校可以选择是否做出这些调整。)

如果做出这些调整, 请确认限制饮食的医疗问题或其他特殊饮食问题。

残障/特殊饮食需求**VI. 禁忌症/预防措施和/或食品过敏症, 请列出所有需剔除的特定饮食:** (由医生或医疗机构填写)

列出所有需要替代的特殊食品 (除非填写该部分, 否则不能提供替代食品)

医生/医疗机构打印体姓名或名称、地址、办公电话

医生/医疗机构签字_____
日期_____
家长/监护人 签名_____
日期

这是个平等机会机构。