



有条件的雇员或食品雇员

报告事宜协议

诺如病毒、伤寒沙门氏菌、非伤寒沙门氏菌、志贺氏菌、肠出血性大肠杆菌 (EHEC)、产志贺毒素的大肠杆菌 (STEC) 或甲型肝炎病毒。

本协议规定，有条件的雇员和食品雇员必须在发现自己感染上述任何疾病时告知负责人，以便负责人可以采取防止疾病通过食物传播的措施。

有条件的雇员是指在回答问题或进行身体检查以确定自己是否患有可以通过食物传播的疾病时获得食品工作的人员。

本人同意向负责人报告：

1. 工作中或户外工作时出现任何以上症状的发作情况，以及症状开始的日期：

- 腹泻
- 呕吐
- 黄疸（皮肤黄或眼白）
- 发烧带喉咙痛
- 手上、腕部或其它身体部位未正确包扎刀口感染、伤口、脓性病灶（例如皮下脓肿），无论其有多小

2. 任何以下医学诊断：

- 诺如病毒
- 伤寒（伤寒沙门氏菌感染）
- 沙门氏菌病（非伤寒沙门氏菌感染）
- 志贺氏菌病（志贺氏菌属感染）
- 大肠杆菌感染
- 甲型肝炎病毒感染

下一页 »»



罗得岛卫生部 | 食品保护中心

如需要更多信息，请致电 (401) 222-2750

2017年5月

有条件的雇员或食品雇员报告协议 (接上页)

3. 接触食源性病原体 :

- 接触或怀疑引起诺如病毒、伤寒、沙门氏菌病、志贺氏菌病、大肠杆菌感染或甲型肝炎等确诊疾病的爆发。
- 家庭成员被诊断出患有上述疾病。
- 家庭成员到访正在经历上述疾病确诊爆发的环境，或在該环境中工作。

本人已阅读或通过他人解释知悉，并了解根据《罗得岛食品法》和本协议，本人必须：

- 根据协议，报告特定症状、诊断和接触史
- 遵守给定的工作限制或隔离要求
- 保持良好的卫生习惯

本人了解，如果不遵守本协议，本人可能会失去工作、受到法律制裁，或同时接受两种处罚。

雇员姓名 (请打印)	
雇员签名	日期
执照持有人或代表签名	日期

