

食品业雇员报告协议

防止疾病通过染病的食品业雇员进行传播

本协议的目的在于，确保食品业雇员和得到有条件雇佣的求职者，在感染所列病症时向主管人员报告，以便主管人员可采取适当的措施防止食物传染病的传播。

我同意向主管人员报告：

症状

1. 腹泻
2. 呕吐
3. 黄疸
4. 喉痛发烧
5. 手、腕或身体裸露部位的伤口化脓
(如疖和伤口感染，但感染面积不大)

医疗诊断

在被诊断为患有下列病症时向主管人员报告：伤寒沙门菌 (*Salmonella Typhi*) (伤寒 -- typhoid fever)、志贺氏菌 (*Shigella spp.*) (志贺氏菌病 - shigellosis)、大肠埃希菌 (*Escherichia coli*) O157:H7 感染、甲肝病毒感染、溶组织内阿米巴 (*Entamoeba histolytica*)、肠弯曲杆菌 (*Campylobacter spp.*)、霍乱弧菌 (*Vibrio cholera spp.*)、小隐孢子虫 (*Cryptosporidium parvum*)、蓝氏贾第鞭毛虫 (*Giardia lamblia*)、溶血性尿毒综合征 (Hemolytic Uremic Syndrome)、沙门菌 (*Salmonella spp.-- non-typhi*)、肠结肠炎耶尔森菌 (*Yersinia enterocolitica*)、环孢子虫 (*Cyclospora cayetanensis*)。

以往医疗诊断

您是否曾被诊断为患有上述疾病之一？ _____
如有，诊断日期是何时？ _____

高危症状

1. 接触过或者是下列流行病的疑似传染源：伤寒 (typhoid fever)、志贺氏菌病(shigellosis)、大肠埃希菌 (*E. coli*) O157:H7 感染、甲肝
2. 家庭成员被诊断为下列病症的患者：伤寒、志贺氏菌病、大肠埃希菌 O157:H7 感染、甲肝
3. 家庭成员接触过或工作于下列流行病爆发的环境：
伤寒、志贺氏菌病、大肠埃希菌 O157:H7 感染、甲肝

我已阅读(或已有人向我解释)并了解 105 CMR 590/1999 Food Code (食品法案) 所规定的与我的职位有关的要求，并了解本协议的目的在于确保遵守与所列的病症、诊断和高危病症有关的上述报告要求。我也了解，如果我出现以上病症或高危症状，或者被诊断为患有以上病症之一，我可以请求更换我的工作或停止工作，直到有关症状或疾病痊愈。

我明白，如果不遵守本协议的规定，有可能会引起食品企业或食品管理机关制裁，进而可能会危及我的工作并有可能被起诉。

求职人或食品业雇员姓名 (请采用楷书) _____

求职人或食品业雇员签名 _____ 日期 _____

许可证持有人或代表签名 _____ 日期 _____

本标准表格由马萨诸塞州卫生厅 (MA Dept. of Public Health) 设计，其目的在于为行业提供一个工具，使 105 CMR 590.003(C) 和 Food Code 2-201.11 得到贯彻执行。本表格的使用采用自愿方式，州监管机关不强制要求使用。修订日期：2001 年 5 月 8 日