

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，确保食品业雇员和附条件食品业雇员，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：

A. 症状

腹泻、发烧、呕吐、黄疸、喉痛发烧，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）

B. 在被诊断为患有下列病症时向主管人员报告：

诺如病毒(Norovirus)、产志贺毒素大肠杆菌(Shiga Toxin-producing E. coli)、伤寒沙门菌 (S. typhi) (伤寒typhoid fever)、志贺氏菌属(Shigella spp.)、非伤寒沙门氏菌(Non-typhoidal Salmonella)、甲型肝炎(Hepatitis A)，以及其他可能通过食物传染的疾病(详见马萨诸塞州公共卫生部《食品法案》105 CMR 300.000条例)。详情请咨询：食品保护项目处：617-983-6712或流行病项目处：617-983-6800。

C. 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？ _____

D. 高危症状（详见“医疗诊断”）

- 接触过或者是“B. 医疗诊断”所列流行病的疑似传染源
- 家庭成员被诊断为“B. 医疗诊断”所列病症的患者
- 家庭成员接触过或工作于“B. 医疗诊断”所列流行病爆发的环境

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罗列的病症、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。

食品业雇员或附条件食品业雇员姓名（请采用楷书） _____

食品业雇员或附条件食品业雇员签名 _____ 日期 _____

许可证持有人或代表签名 _____ 日期 _____

此译文由美国食品药品监督管理局合作拨款项目FDA Cooperative Grant（马萨诸塞州梅尔罗斯市专款）资助。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 590.002(E) 和 Food Code 2-201.11 得到贯彻执行。本表格的使用采用自愿方式，州法规不强制要求使用。修订日期：2018年10月。