

Соглашение о предоставлении информации

В целях предотвращения распространения инфекционных желудочно-кишечных заболеваний работниками пищевой отрасли.

Цель данного соглашения: работники пищевой отрасли и лица, получившие приглашение на работу, обязаны информировать должностное лицо о наличии диагностированных желудочно-кишечных заболеваний или их симптомов, в целях своевременного принятия мер по предотвращению распространения инфекции через пищевые продукты.

Я СОГЛАСЕН ИНФОРМИРОВАТЬ ДОЛЖНОСТНОЕ ЛИЦО, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:

А. СИМПТОМЫ

Диарея, Высокая температура, Рвота, Желтуха, Воспаление горла, сопровождающееся температурой, Гнойное поражение тканей рук (например, фурункул или воспаленная рана, вне зависимости от размера)

Б. ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Norovirus (Норовирус), *shiga toxin-producing E.coli* (кишечная палочка, производящая токсин Шига), Кишечные инфекции *Salmonella Typhi* (брюшной тиф), *Shigella spp.* (шигеллез, сальмонеллез), hepatitis A virus (гепатит А), а также другие заболевания, которые могут передаваться через продукты питания, согласно 105 CMR 300.000 За дополнительной информацией обращайтесь в Программу защиты пищевых продуктов по номеру 617-983-6712 или в Программу эпидемиологии по номеру 617-983-6800.

В. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Страдали ли вы когда-либо одним из перечисленных заболеваний? _____
Если да, то когда именно? _____

Г. УСЛОВИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

- Ваше непосредственное взаимодействие с больными или подозрение на распространение Вами заболеваний, перечисленных выше в части Б.
- Член семьи с диагнозом одного из заболеваний, перечисленных выше в части Б.
- Член семьи, работающий или пребывающий в районе подтвержденной вспышки одного из заболеваний, перечисленных выше в части Б

Я прочел (или мне прочитали) вышеизложенное и осознал свою ответственность и необходимость предоставления информации о вышеперечисленных заболеваниях, симптомах заболеваний и условиях повышенного риска в соответствии с Положением о пищевой отрасли 105 CMR 590/1999 и данным соглашением. Я также понимаю, что в случае наличия у меня одного из вышеперечисленных заболеваний, симптомов или условий повышенного риска, мне предложат сменить работу или прекратить работу до тех пор, пока заболевание не будет излечено.

Я понимаю, что предоставление ложной информации по пунктам данного соглашения может повлечь за собой привлечение к уголовной ответственности, а также административные меры, ставящие под угрозу мою работу.

Работник или претендент на должность, имя (печатными буквами) _____

Работник или претендент на должность, подпись _____ Дата _____

Подпись владельца пищевого предприятия или его представителя _____ Дата _____

Финансирование для этого перевода было предоставлено в рамках Кооперативного гранта FDA для города Мелроуз, Массачусетс. Данная форма разработана Управлением общественного питания штата Массачусетс и предлагается в качестве образца в целях соответствия требованиям 105 CMR и Положения о пищевой отрасли 590.002 (Е). Использование данной формы не является обязательным и не предусматривается законами штата. Дополнения внесены: Октябрь 2018