

Thỏa Thuận Khai Báo của Nhân Viên Ẩm Thực

Ngăn Ngừa Truyền Bệnh qua Thức Ăn do Nhân Viên Ẩm Thực Nhiễm Bệnh

Mục đích của thỏa thuận này là để bảo đảm rằng Nhân Viên Ẩm Thực và Nhân viên làm việc có điều kiện phải thông báo cho Người Phụ trách biết khi thấy có các tình trạng nào được liệt kê sau đây để Người Phụ trách có những động thái phù hợp nhằm loại trừ trước việc truyền lan vi trùng bệnh trong thức ăn.

TÔI ĐỒNG Ý KHAI BÁO CHO NGƯỜI PHỤ TRÁCH:

A. TRIỆU CHỨNG:

Tiêu chảy, Nóng sốt, Ói mửa, Vàng da, Đau cổ với nóng sốt, Vết lở có mủ nơi tay, cườm tay, hoặc phần lộ ra ngoài của thân thể (như mục mủ và vết thương lở loét, mặ dù nhỏ)

B. CHẨN ĐOÁN Y TẾ VỚI KẾT QUẢ MẮC BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN:

Norovirus (vi khuẩn gây viêm dạ dày và ruột cấp tính, làm nhiễm trùng đường tiêu hóa), Vi khuẩn sản sinh độc tố shiga, như E. coli, S. typhi (sốt thương hàn), Vi khuẩn Shigella spp (kiết lỵ), Salmonella (đau ban của không thương hàn) và Viêm gan A, cũng như các căn bệnh khác có thể truyền nhiễm qua thực phẩm theo yêu cầu về báo cáo, giám sát, cách ly và kiểm dịch theo tiêu chuẩn 105 CMR 300.000. Vui lòng liên lạc với Chương trình Bảo vệ Thực phẩm theo số 617-983-6712 hoặc Chương trình Dịch tễ học theo số 617-983-6800 để biết thêm thông tin.

C. CHẨN ĐOÁN Y TẾ VỀ TRƯỚC

Có bao giờ bạn bị chẩn đoán có một trong các chứng bệnh nói trên không? _____

Nếu có, cho biết ngày chẩn đoán đó? _____

D. TÌNH TRẠNG NGUY HIỂM CAO

- Tiếp xúc hoặc nghi ngờ gây ra bất kỳ sự bùng phát nào của các bệnh được liệt kê trong Phần B ở trên
- Một thành viên trong gia đình đã được chẩn đoán mắc các bệnh được liệt kê trong Phần B ở trên.
- Một thành viên trong gia đình tham dự hoặc làm việc trong môi trường có xác nhận ổ dịch của một trong những bệnh được liệt kê ở phần B ở trên.

Tôi có đọc (hoặc được nghe giải thích) và hiểu các đòi hỏi liên quan đến trách nhiệm của tôi thể theo Bộ Luật Thực Phẩm số 105 CMR 590/1999 và thỏa thuận này để tuân hành theo đòi hỏi khai báo nói trên liên quan đến triệu chứng, chẩn đoán, và tình trạng nguy hiểm cao được nói rõ. Tôi cũng hiểu là nếu tôi cảm thấy có một trong các triệu chứng hoặc tình trạng nguy hiểm cao nói trên, hoặc nếu tôi bị chẩn đoán có một trong các bệnh trên, tôi có thể được yêu cầu đổi công việc hoặc ngưng hẳn công việc cho đến khi các triệu chứng hay bệnh đó chấm dứt.

Tôi hiểu là nếu không tuân hành điều khoản của thỏa thuận này thì tôi có thể bị cơ sở thực phẩm hoặc thẩm quyền điều hợp thực phẩm đưa ra hành động phương hại cho việc làm của tôi và liên quan đến kiện tụng pháp lý đối với tôi.

Tên của Nhân Viên Ẩm Thực hoặc Nhân viên Ẩm thực có Điều kiện (xin viết chữ in) _____

Chữ ký của Người Xin Việc hay Nhân Viên Ẩm Thực _____ Ngày _____

Chữ ký của Người Có Giấy Phép hoặc Đại Diện _____ Ngày _____

Bản dịch này được tài trợ bởi Quỹ Hợp tác của FDA cho Thành phố Melrose, MA.

Đây là một mẫu giấy do Ban Sức Khỏe Công Cộng MA soạn thảo ra cho kỹ nghệ sử dụng nhằm tuân hành đúng theo điều 105 CMR 590.002(E) và Bộ Luật Thực Phẩm 2-201.11. Việc sử dụng mẫu đơn này là tự nguyện và không bắt buộc theo quy định của tiểu bang.

Sửa lần cuối: Tháng 10, 2018