

اتفاق لموظفي مؤسسات الأغذية على الإبلاغ

منع إنتقال الأمراض عن طريق الأغذية
على يد موظفي مؤسسات الأغذية

إن الغرض من هذا الإتفاق هو ضمان قيام موظفي مؤسسات الأغذية وطالبي العمل الذين تلقوا عرضاً مشروطاً بالعمل فيها، بإبلاغ الشخص المسؤول عندما يعانون من أي من الأعراض المدرجة كي يتمكن الشخص المسؤول من إتخاذ الخطوات الملائمة لمنع تفشي الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية.

وأفق على إبلاغ الشخص المسؤول عن:

الأعراض

1. الاسهال
2. الحمى
3. التقيؤ
4. الصفار
5. التهاب الحلق مع الحمى
6. آفات تتضمن فيحاً على اليد أو المعصم أو عضو مكشوف من الجسم (مثل الدم والجروح المنعدية حتى لو كانت صغيرة)

التشخيص الطبي

كلما يتم التشخيص بالإصابة بالسلمونيلة التيفية [*Salmonella Typhi*] (الحمى التيفوئيدية)، أو الشيغلة [*Shigella spp.*] (داء الشيغلات)، أو الإشريكية القولونية [*Escherichia coli O157:H7*]، أو فيروس التهاب الكبد الألفي [*hepatitis A virus*]، أو الأميبية الحلوة للنسج [*Entamoeba histolytica*]، أو داء العطائف [*Campylobacter spp.*]، أو الضمة الهضمية المسببة للكوليرا [*Vibrio cholera spp.*]، أو خفية الأبواغ الصغيرة [*Cryptosporidium parvum*]، أو الجياردية اللامبية [*Giardia lamblia*]، أو مرض متبولن الدم [*Hemolytic Uremic Syndrome*]، أو السلمونيلة [*Salmonella spp.*] (غير التيفية)، أو الالتهاب المعوي القولوني اليرسيني [*Yersinia enterocolitica*]، أو السيكلوسبورة كايبتانسنس [*Cyclospora cayetanensis*].

التشخيص الطبي السابق

هل سبق تشخيصك بالإصابة بالأمراض المدرجة أعلاه؟ _____
إذا تم ذلك، فما كان تاريخ التشخيص؟ _____

الحالات المحفوفة بالمخاطر

1. التعرض لـ أو الاشتباه بالسبب بأي تفشي مؤكد للحمى التيفوئيدية، أو الشيغلة، أو عدوى الإشريكية القولونية O157:H7، أو التهاب الكبد الألفي
2. تشخيص فرد من منزلك بالحمى التيفوئيدية، أو الشيغلة، أو المرض بسبب عدوى الإشريكية القولونية O157:H7، أو التهاب الكبد الألفي
3. فرد من منزلك يرتاد أو يعمل في محيط يشهد التفشي المؤكد للحمى التيفوئيدية، أو الشيغلة، أو عدوى الإشريكية القولونية O157:H7، أو التهاب الكبد الألفي

لقد قرأت (أو طلبت أن يشرح لي شخص) وأفهم الشروط المتعلقة بمسؤولياتي بموجب الجزء 590 من مدونة أنظمة ولاية ماسستشوستس رقم 105/ مدونة قوانين الأغذية لعام 1999 وهذا الاتفاق على التقيد بشروط الإبلاغ المحددة أعلاه التي تشمل الأعراض والتشخيص والحالات المحفوفة بالمخاطر. وأفهم أيضاً أن في حال شعوري بأحد الأعراض أو الحالات المحفوفة بالمخاطر أعلاه، أو في حال تشخيصي بأحد الأمراض أعلاه، قد يُطلب مني تغيير عملي أو التوقف تماماً عن العمل حتى علاج هذه الأعراض أو الأمراض.

أفهم أن عدم التقيد بهذا الاتفاق قد يؤدي إلى إجراء تتخذه مؤسسة الأغذية أو سلطة تنظيم الأغذية، مما قد يعرض وظيفتي للخطر وقد يشمل إتخاذ إجراء قانوني أو رفع دعوى ضدي.

اسم المتقدم بطلب العمل أو موظف مؤسسة الأغذية (يرجى الكتابة بوضوح) _____

توقيع المتقدم بطلب العمل أو موظف مؤسسة الأغذية _____ التاريخ _____

توقيع حامل الرخصة أو الممثل _____ التاريخ _____

هذه استمارة نموذجية أعدتها وزارة الصحة العامة في ولاية ماسستشوستس وقدمتها كوسيلة تستعملها المؤسسات الصناعية للمساعدة على التقيد بالجزء 590.003 (ج) من مدونة أنظمة ولاية ماسستشوستس رقم 105 والجزء 2-201.11 من مدونة قوانين الأغذية. واستعمال هذه الاستمارة طوعي ولا يشترطه نظام الولاية. معجلة بتاريخ: 2001/5/8