

Accord de signalement par les employés du secteur de l'alimentation

Prévention de transmission de maladies par la nourriture contaminée

Cet accord est destiné à assurer que les employés du secteur de l'alimentation et les demandeurs ayant reçu une offre conditionnelle d'emploi avertiront la personne responsable, de toute apparition éventuelle d'une des conditions mentionnées ici pour que ce responsable puisse prendre les mesures appropriées de prévention de transmission de maladies ou d'infections d'origine alimentaire.

J'ACCEPTÉ DE SIGNALER À LA PERSONNE RESPONSABLE :

SYMPTÔMES

1. Diarrhée
2. Fièvre
3. Vomissements
4. Ictère
5. Angine accompagnée de fièvre
6. Lésions accompagnées de pus sur les mains, les poignets ou tout autre partie visible du corps (telles que des ébouillantage et lésions infectées, aussi petites soient-elles)

DIAGNOSTIQUE MÉDICAL

Si diagnostiqué atteint d'une toxi-infection alimentaire à *Salmonella* Typhi (fièvre typhoïde), d'une *Shigella* spp. (shigellose), d'une *Escherichia coli* O157:H7, du virus de l'hépatite A, *Entamoeba histolytica* (amibe dysentérique), *Campylobactérie* spp., *Vibrio cholerae* spp. (agent du choléra), *Cryptosporidium parvum* (cryptosporidiose), *Giardia lamblia* (« fièvre du castor »), syndrome hémolytique et urémique (syndrome de Gasser), *Salmonella* spp. (non typhi), *Yersinia enterocolitica* (yersiniose entéro-colite), ou *Cyclospora cayetanensis* (cyclosporose).

DIAGNOSTIQUE MÉDICAL PRÉCÉDENT

Avez-vous déjà été diagnostiqué de quelque condition suivante ? _____

Si oui, quelle est la date du diagnostique ? _____

CONDITIONS À RISQUE ÉLEVÉ

1. Exposition à ou suspicion d'avoir entraîné toute flambée confirmée de fièvre typhoïde, de shigellose, d'infection *E. coli* O157:H7, ou d'hépatite A
2. Un membre de votre ménage diagnostiqué de la fièvre typhoïde, d'une shigellose, ou de toute autre infection causée par les virus de l'*E. coli* O157:H7, ou de l'hépatite A
3. Un membre de votre ménage participant ou travaillant dans un environnement exposé à une flambée confirmée de fièvre typhoïde, de shigellose, d'infection *E. coli* O157:H7, ou d'hépatite A

J'ai pris connaissance (ou me suis fait expliquer) et j'ai compris les exigences associées à mes responsabilités et régies par la réglementation **105 CMR 590/1999 du code alimentaire** et le présent accord destinées à assurer le respect des exigences de déclaration mentionnées ci-dessus concernant les symptômes, les diagnostics, et les conditions à risque élevé spécifiés. Je comprend également que dans l'éventualité de l'un des symptômes ou conditions à risque élevé ci-dessus, ou d'un diagnostique confirmant la présence d'une des infections ci-dessus, je serais éventuellement dans le devoir de suivre des instructions de changer mon emploi ou d'arrêter totalement de travailler jusqu'à disparition ou entière guérison desdits symptômes ou infections.

Je comprend que le non respect des termes de cet accord risque d'entraîner une prise de mesures par l'établissement ou par l'agence de la réglementation en matière d'alimentation, et que ces mesures risquent de compromettre mon emploi et d'entraîner des poursuites judiciaires contre moi.

Nom du demandeur or ou de l'employé du secteur de l'alimentation (en toutes lettres) _____

Signature du demandeur ou de l'employé du secteur de l'alimentation _____ Date _____

Signature du détenteur du permit ou du représentant _____ Date _____

Modèle de formulaire créé par le Service de la santé publique du MA et offert à l'industrie pour faciliter le respect de la réglementation définie par le document 105 CMR 590,003(C) et du code alimentaire 2-201,11. L'utilisation de ce formulaire est bénévole et n'est pas exigée par les réglementations de l'État. Révisé le : 08/05/01