

Συμφωνητικό αναφοράς για τους υπάλληλους εταιριών τροφίμων

Πρόληψη για τη μετάδοση ασθενειών μέσω τροφίμων από
υπαλλήλους εταιριών τροφίμων που έχουν μολυνθεί

Ο σκοπός της παρούσας συμφωνίας είναι να εξασφαλιστεί ότι οι υπάλληλοι εταιριών τροφίμων, αλλά και όσοι έχουν υποβάλει αίτηση και τους προσφέρθηκε εργασία υπό όρους σε εταιρία τροφίμων, θα ενημερώσουν τον Υπεύθυνο σε περίπτωση που παρουσιάσουν οποιαδήποτε από τις παθήσεις που παρατίθενται παρακάτω, ώστε ο Υπεύθυνος να λάβει τα απαραίτητα μέτρα για να αποκλείσει τη μετάδοση τροφικών ασθενειών.

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΩ ΣΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ:

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. Διάρροιας
2. Πυρετού
3. Εμετού
4. Ίκτερου
5. Πονόλαιμου συνοδευόμενου από πυρετό
6. Αλλοιώσεων που περιέχουν πύο στα χέρια, στους καρπούς ή σε εκτεθειμένα μέρη του σώματος (όπως δοθιήνες και μολυσμένα τραύματα, ανεξάρτητα από το μέγεθος τους)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κάθε φορά που σας γίνεται διάγνωση για ασθένεια από *Salmonella Typhi* (τυφοειδής πυρετός), *Shigella spp.* (σιγκέλωση), *Escherichia coli* O157:H7, ιό της ηπατίτιδας A, *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter spp.*, *Vibrio cholera spp.*, *Cryptosporidium parvum*, *Giardia lamblia*, αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, *Salmonella spp.* (πλην τυφοειδούς), *Yersinia enterocolitica* ή *Cyclospora cayetanensis*.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Σας έχει γίνει ποτέ διάγνωση για κάποια από τις προαναφερθείσες ασθένειες; _____
Αν ναι, ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης; _____

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1. Έκθεση σε τυχόν διαγνωσμένη επιδημία τυφοειδούς πυρετού, σιγκέλωσης, λοίμωξης από *E. Coli* O157:H7 ή ηπατίτιδας A, ή υποψία για πρόκληση των ανωτέρω.
2. Έχει γίνει διάγνωση σε μέλος του νοικοκυριού σας για τυφοειδή πυρετό, σιγκέλωση, ασθένεια οφειλόμενη σε *E. coli* O157:H7 ή ηπατίτιδα A.
3. Μέλος του νοικοκυριού σας επισκέπτεται ή εργάζεται σε περιβάλλον όπου παρουσιάστηκε διαγνωσμένη επιδημία τυφοειδούς πυρετού, σιγκέλωσης, λοίμωξης από *E. coli* O157:H7 ή ηπατίτιδας A.

Διάβασα (ή μου εξήγησαν) και κατανοώ τις απαιτήσεις που αφορούν τις ευθύνες μου που προκύπτουν από τον Κώδικα Τροφίμων 105 CMR 590/1999, καθώς και το παρόν συμφωνητικό, για συμμόρφωση με τις απαιτήσεις για αναφορά που προσδιορίστηκαν ανωτέρω και αφορούν τα συμπτώματα, τις διαγνώσεις και τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου που προσδιορίστηκαν. Επίσης κατανοώ ότι σε περίπτωση που μου παρουσιαστεί ένα από τα παραπάνω συμπτώματα ή καταστάσεις υψηλού κινδύνου ή σε περίπτωση που μου γίνει διάγνωση για κάποια από τις ανωτέρω ασθένειες, ενδεχομένως να μου ζητηθεί να αλλάξω θέση εργασίας ή να διακόψω τελείως την εργασία μου ώσπου να υποχωρήσουν αυτά τα συμπτώματα ή οι ασθένειες.

Κατανοώ ότι σε περίπτωση που δεν συμμορφωθώ με τους όρους της παρούσας συμφωνίας, το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στη λήψη ενεργειών από μέρος του ιδρύματος τροφίμων ή των αρχών ελέγχου τροφίμων που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη θέση εργασίας μου και να περιλαμβάνουν νομικές κυρώσεις εναντίον μου.

Όνοματεπώνυμο αιτούντα ή υπάλληλου τροφίμων (ολογράφως) _____

Υπογραφή αιτούντα ή υπάλληλου τροφίμων _____ Ημερομηνία _____

Υπογραφή κατόχου άδειας ή εκπροσώπου _____ Ημερομηνία _____

Το παρόν αποτελεί πρότυπο έντυπο που συντάχθηκε από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας της Μασαχουσέτης και προσφέρεται ως εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί ώστε να συμβάλει στη συμμόρφωση με το CMR 590.003(C) και το Κώδικα Τροφίμων 2-201.11. Η χρήση του παρόντος εντύπου είναι προαιρετική και δεν επιβάλλεται από τους πολιτειακούς κανονισμούς. Αναθεώρηση: 5/8/2001