감염된 식품취급자에 의한 식품매개성 질병 전염을 예방하기 위한

식품취급자 보고 동의서

본 동의서의 목적은 식품취급자 및 조건부 고용 제의를 받은 지원자들이 아래 증상이 있을 경우 담당자에게 이 사실을 알려 식품매개성 질병의 전염을 차단하기 위한 적절한 조치를 취할 수 있도록 하기 위함이다.

본인은 담당자에게 보고하는 데 동의합니다:

증상

1. **설사**
2. **열**
3. **구토**
4. **황달**
5. **열을 동반한 인후통**
6. **손, 손목, 또는 노출된 신체부위의 고름이 포함된 병변**
   (예: 종기 및 감염된 상처, 크기가 작더라도 보고 대상임)

의학적 진단

살모넬라 타이피(장티푸스), 쉬겔라균(세균성 이질), 대장균 O157:H7, A형 간염 바이러스, 이질아메바, 캠필로박터균, 비브리오 콜레라균, 크립토스포리디움, 람블편모충, 용혈성 요독증후군, 살모넬라균(타이피 외), 여시니아 엔테로콜리티카 또는 원포자충에 의한 질병으로 진단된 경우

과거 의학적 진단

상기 원인에 의한 질병으로 진단받은 적이 있습니까? _____
그렇다면, 진단일자가 언제입니까? _____

위급 상황

1. **장티푸스, 세균성 이질, 대장균 O157:H7 감염 또는 A형 간염에 노출되었거나 발병이 확실시될 경우**
2. **가족이 장티푸스, 세균성 이질, 대장균 O157:H7 또는 A형 간염에 의한 질병으로 진단될 경우**
3. **가족이 장티푸스, 세균성 이질, 대장균 O157:H7 또는 A형 간염의 발병이 확인된 환경에서 근무할 경우**

본인은 **105 CMR 590/1999 식품 규정**에 의거한 본인의 직무 관련 요건과 본 동의서를 읽었거나 이에 대한 설명을 들어, 해당 증상, 진단, 위급 상황 등 상기 보고 요구사항을 준수해야 한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 또한, 본인이 상기 증상이나 위급 상황을 경험하거나 상기 질병 가운데 하나로 진단될 경우, 그러한 증상이나 질병이 완전히 사라질 때까지 전직 또는 휴직을 권고받을 것임을 알고 있습니다.

본인은 본 동의서의 조항을 위반할 경우, 식품 당국 또는 식품 규제당국의 조치로 고용계약이 파기되고 본인을 상대로 소송이 제기될 수도 있음을 알고 있습니다.

지원자 또는 식품취급자의 이름 (인쇄체로 표기할 것) _____

지원자 또는 식품취급자의 서명 _____ 날짜 _____

허가 보유자 또는 대표자의 서명 _____ 날짜 _____

본 문서는 메사추세츠주 공중보건부가 작성한 모범 양식으로, 105 CMR 590.003(C) 및 식품 규정 2-201.11 준수를 위한 참고자료로 업계에 제공되었습니다. 반드시 본 양식을 사용할 필요는 없으며, 주 규정으로 본 양식의 사용이 의무화되지도 않았습니다. 개정일: 5/8/2001