

Zgłaszanie zachorowań przez osoby zatrudnione przy produktach żywnościowych

Zapobieganie przenoszeniu chorób przez styczność osób zakażonych z żywnością

Celem niniejszej umowy jest zapewnienie, aby osoby zatrudnione przy produktach żywnościowych oraz kandydaci, którym złożono warunkową ofertę zatrudnienia, zawiadamiali osoby odpowiedzialne, ilekroć wystąpią u nich wymienione niżej objawy, aby można było podjąć odpowiednie kroki w celu zapobiegania przenoszeniu chorób poprzez styczność z zakażoną żywnością.

ZGADZAM SIĘ ZGŁASZAĆ OSOBIE ODPOWIEDZIALNEJ:

OBJAWY

1. Biegunka
2. Gorączka
3. Wymioty
4. Żółtaczka
5. Ból gardła z gorączką
6. Skaleczenia dłoni, nadgarstków i odsłoniętych części ciała związane z wydzielaniem ropy (np. czyraki i zainfekowane rany, nawet niewielkie)

ZACHOROWANIA

Stwierdzone następujące zachorowania: *Salmonella Typhi* (dur brzuszny), *Shigella spp.* (zakażenie pałeczkami *Shigella*), *Escherichia coli* O157:H7, zapalenie wirusowe wątroby A, *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter spp.*, *Vibrio cholera spp.*, *Cryptosporidium parvum*, *Giardia lamblia*, hemolityczny zespół mocznicowy, *Salmonella spp.* (nie tyfusowa), *Yersinia enterocolitica*, *Cyclospora cayetanensis*.

DAWNIEJSZE ZACHOROWANIA

Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani/Pana którąś z wyżej wymienionych chorób? _____
Jeżeli tak, kiedy postawiono diagnozę? _____

STANY PODWYŻSZONEGO RYZYKA

1. Narażenie lub podejrzenie o spowodowanie potwierdzonego wybuchu duru brzuszego, zakażenia pałeczkami *Shigella*, zakażenia *E. coli* O157:H7 lub zapalenia wirusowego wątroby A
2. U osoby zamieszkałej wspólnie stwierdzono dur brzuszny, zakażenie pałeczkami *Shigella*, zakażenia *E. coli* O157:H7 lub zapalenie wirusowe wątroby A
3. Osoba zamieszkała wspólnie przebywa lub pracuje w środowisku, gdzie stwierdzono wybuch duru brzuszego, zakażenia pałeczkami *Shigella*, zakażenia *E. coli* O157:H7 lub zapalenia wirusowego wątroby A

Zapoznałem/am się (lub wyjaśniono mi treść) i rozumiem/am swoje obowiązki wynikłe z art. 105 CMR 590 Kodeksu Żywności z 1999 r. oraz z niniejszej umowy o zgłaszaniu wyżej wymienionych objawów, zachorowań i stanów podwyższonego ryzyka. Przyjmuję do wiadomości, że w razie wystąpienia u mnie któregoś z powyższych objawów lub stanów podwyższonego ryzyka, albo stwierdzenia któregoś z powyższych chorób, można będzie zażądać ode mnie zmiany pracy lub całkowitego zaprzestania pracy aż do ustąpienia objawów lub choroby.

Rozumiem, że nieprzestrzeganie warunków niniejszej umowy może spowodować działanie placówki żywnościowej lub urzędu nadzorującego żywność, które może narazić na szwank moje zatrudnienie oraz może polegać na wszczęciu przeciwko mnie postępowania sądowego.

Kandydat na pracownika zatrudnionego przy artykułach żywnościowych (proszę pisać czytelnie)

Podpis kandydata _____ Data _____

Podpis osoby posiadającej zezwolenie lub jej przedstawiciela _____ Data _____

Ten wzorcowy formularz został przygotowany przez Wydział Zdrowia Publicznego stanu Massachusetts na użytek przedsiębiorstw żywnościowych jako pomoc w przestrzeganiu 105 CMR 590.003(C) i art. 2-201.11 Kodeksu Żywności. Korzystanie z formularza jest dobrowolne i nie jest wymagane przez przepisy stanowe. Wersja: 8/5/2001