

# Thỏa Thuận Khai Báo của Nhân Viên Ẩm Thực

## Ngăn Ngừa Truyền Bệnh qua Thức Ăn do Nhân Viên Ẩm Thực Nhiễm Bệnh

Mục đích của thỏa thuận này là để bảo đảm rằng Nhân Viên Ẩm Thực và Người Xin Việc được cho làm có điều kiện phải thông báo cho Người Có Trách Nhiệm biết khi thấy có mọi tình trạng nào liệt kê ra đây để Người Có Trách Nhiệm có thể thực hiện hành động thích đáng nhằm loại trừ trước việc truyền lan vi trùng bệnh nằm trong thức ăn.

### TÔI ĐỒNG Ý KHAI BÁO CHO NGƯỜI CÓ TRÁCH NHIỆM:

#### TRIỆU CHỨNG:

1. Tiêu chảy
2. Nóng sốt
3. Ói mửa
4. Vàng da
5. Đau cổ với nóng sốt
6. Vết lờ có mủ nơi tay, cườm tay, hoặc phần lộ ra ngoài của thân thể (như mục mủ và vết thương lờ loét, mặc dù nhỏ)

#### CHẨN ĐOÁN Y TẾ

Bất cứ khi nào chẩn đoán bị bệnh Salmonella Typhi (đau ban cua), Shigella spp. (kiết lỵ), Escherichia coli O157:H7, siêu viem gan A, Entamoeba histolytica (một loại bệnh kiết), Campylobacter spp. (đau bụng, tiêu chảy) Vibrio cholera ssp. (bệnh dịch tả), Cryptosporidium parvum (ký sinh trùng), Giardia lamblia, hội chứng Hemolytic Uremic, Salmonella spp. (không thuộc ban cua), Yersinia enterocolitica, hoặc Cyclospora cayetanensis.

#### CHẨN ĐOÁN Y TẾ VỀ TRƯỚC

Có bao giờ bạn bị chẩn đoán có một trong các chứng bệnh nói trên không? \_\_\_\_\_

Nếu có, cho biết ngày chẩn đoán đó? \_\_\_\_\_

#### TÌNH TRẠNG NGUY HIỂM CAO

1. Tiếp xúc hay nghi ngờ gây ra mọi bộc phát được xác nhận về đau ban cua, shigellosis (kiết lỵ), nhiễm E.coli O157:47, hoặc viem gan A
2. Một người trong gia đình chẩn đoán bị ban cua, shigellosis, bệnh do E.coli O157:47, hoặc viem gan A
3. Một người trong gia đình tham dự hay làm việc trong một nơi bộc phát được xác nhận về ban cua, shigellosis, nhiễm E.coli O157:47, hoặc viem gan A.

Tôi có đọc (hoặc được nghe giải thích) và hiểu các đòi hỏi liên quan đến trách nhiệm của tôi thể theo Bộ Luật Thực Phẩm số 105 CMR 590/1999 và thỏa thuận này để tuân hành theo đòi hỏi khai báo nói trên liên quan đến triệu chứng, chẩn đoán, và tình trạng nguy hiểm cao được nói rõ. Tôi cũng hiểu là nếu tôi cảm thấy có một trong các triệu chứng hoặc tình trạng nguy hiểm cao nói trên, hoặc nếu tôi bị chẩn đoán có một trong các bệnh trên, tôi có thể được yêu cầu đổi công việc hoặc ngưng hẳn công việc cho đến khi các triệu chứng hay bệnh đó chấm dứt.

Tôi hiểu là nếu không tuân hành điều khoản của thỏa thuận này thì tôi có thể bị cơ sở thực phẩm hoặc thẩm quyền điều hợp thực phẩm đưa ra hành động phương hại cho việc làm của tôi và liên quan đến kiện tụng pháp lý đối với tôi.

Tên của Người Xin Việc hay Nhân Viên Ẩm Thực (xin viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Xin Việc hay Nhân Viên Ẩm Thực \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Có Giấy Phép hoặc Đại Diện \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Đây là một mẫu giấy do Ban Sức Khỏe Công Cộng MA soạn thảo ra cho kỹ nghệ sử dụng nhằm tuân hành đúng theo điều 105 CMR 590.003(C) và Bộ Luật Thực Phẩm 2-201.11. Việc sử dụng mẫu này là tự nguyện và không do quy luật tiểu bang đòi hỏi. Duyệt lại: Ngày 8 tháng 5, 2001