

食品雇员报告协议防止受感染食品员工通过食品传播疾病

本协议的目的是确保食品雇员和有条件雇员在遇到任何列出的条件时通知负责人，以便负责人能够采取适当措施防止食源性疾病的传播。

我同意向负责人报告：

A. 症状：腹泻，发烧，呕吐，黄疸，喉咙发热，手上，手腕或暴露的身体部位有脓液（如bo子和受感染的伤口，无论多小）。

B. 患有 ILL 的医学诊断：诺罗病毒，产志贺氏毒素的大肠杆菌，伤寒沙门氏菌（伤寒），志贺氏菌属，非伤寒沙门氏菌和甲型肝炎，以及可能通过其传播的其他疾病食物每 105 CMR 300.000。有关其他信息，请致电 617-983-6712 联系食品保护计划，或致电 617-983-6800 联系流行病学计划。

C. 上面列出的疾病的过去医疗诊断：您是否曾被诊断患有上述疾病之一？如果有，诊断日期是什么时候？

D. 高风险条件：•暴露或怀疑导致上述 B 部分列出的疾病确诊爆发。•家庭成员被诊断患有上文 B 部分列出的疾病。•家庭成员在上述 B 部分列出的疾病确诊爆发的环境中工作或工作。

我已阅读（或已向我解释）并了解有关我在 105 CMR 590/2013 食品法典和本协议下的责任要求，以遵守上述指定的症状，诊断和指定的高风险条件的报告要求。我也明白，如果我遇到上述症状之一或高危症状，或者我应该被诊断出患有上述疾病之一，我可能会被要求改变我的工作或完全停止工作，直到这些症状或疾病得到解决。

我理解，如果不遵守本协议的条款，可能会导致食品企业或食品监管机构采取行动，可能会危及我的工作，并可能对我采取法律行动。

食品雇员或有条件食品雇员姓名（请打印）

上述个人日期的签名

许可证持有人签署或代表日期

这是由 MA 公共卫生部门创建的模型表格，作为工业用于帮助符合 105 CMR 590.003（C）和联邦食品法典 2-201.11 的工具。使用此表格是自愿的，并不是州法规要求的。修订日期：2017 年 6 月

Employee Reporting Agreement - Chinese 2/19