

食品员工报告协议

本协议目的在于告知**条件性雇佣员工**或食品员工有义务在患有所列疾病时报与负责人，以便后者采取适当步骤避免食源性疾病传播。

本人同意向负责人报告：

工作或非工作时出现的以下任何症状，包括发病的日期：

1. 腹泻
2. 呕吐
3. 黄疸
4. 喉痛并发烧
5. 感染的创口或伤口，或手、手腕、身体裸露部位或其他身体部位的发脓损伤，以及未正确包扎的创口、伤口或损伤（如疖肿和感染的伤口，无论大小）

任何的医疗诊断：

无论何时诊断出的因诺如病毒、沙门氏菌、伤寒（伤寒杆菌）、志贺氏菌病（志贺氏菌属感染）、大肠杆菌 O157:H7 或其他 EHEC/STEC 感染，或甲肝（甲肝病毒感染）而产生的疾病

任何食物性病原体接触或感染：

1. 接触或怀疑有感染到确诊诺如病毒、伤寒、志贺氏菌病、大肠杆菌 O157:H7 或其他 EHEC/STEC 感染或甲肝引发的疾病。
2. 家庭成员被诊断出诺如病毒、伤寒、志贺氏菌病、EHEC/STEC 疾病或甲肝。
3. 家庭成员接触或工作于因诺如病毒、伤寒、志贺氏菌病、大肠杆菌 O157:H7 或其他 EHEC/STEC 感染或甲肝引发疾病的环境。

本人已阅读（或已获得解释）且理解要遵守的关于《食品准则》及本协议规定的个人责任：

1. 涉及上述指定症状、诊断和暴露所规定的报告要求；
2. 对本人采取的工作限制或禁止进入措施；以及
3. 良好卫生习惯。

本人明白，如果不遵守本协议条款，食品企业或食品监管机构可能会采取不利于本人雇佣的措施，并可能遭到法律诉讼。

条件性雇佣员工姓名（请打印） _____

食品员工姓名（请打印） _____

食品员工或条件性雇佣员工签字 _____ 日期 _____

工签持有人或代理人签字 _____ 日期 _____



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.

疾病簡易參考指南

工作前，您必須向負責人報告以下疾病、症狀及問題。

- 諾如病毒
- 志賀氏桿菌
- 傷寒症
- 大腸桿菌
- 甲型肝炎
- 沙門氏菌



腹瀉



嘔吐



發燒伴喉痛



感染或開放性傷口



持續咳嗽和打噴嚏



黃疸（導致眼睛、指甲和/或皮膚發黃的疾病）



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.

食品处理员疾病参考指南

<p>呕吐</p> 	<p>禁止进入</p>	<p>如果症状已消除24小时，或拥有能证明症状源自非感染性疾病的保健医生出具的医疗文件，则可以恢复工作</p>
<p>腹泻</p> 	<p>禁止进入</p>	<p>如果症状已消除24小时，或拥有能证明症状源自非感染性疾病的医生出具的医疗文件，则可以恢复工作</p>
<p>发烧和喉痛*</p> 	<p>限制范围**</p>	<p>负责人收到医生出具的医疗文件，声明经检测热原链球菌呈阴性，或未感染，或正在使用抗生素，则可以恢复工作</p>
<p>黄疸</p> 	<p>禁止进入*联系 TCHD 获取指导</p>	<p>黄疸出现 7 日后可以恢复工作 *</p>
<p>持续咳嗽或打喷嚏</p> 	<p>限制范围</p>	<p>症状消除后可以恢复工作</p>

* 联系 TCHD 获取进一步指导。

** 如果场所服务对象是高度易感人群，则应禁止员工进入，而不只是限制员工活动范围。

限制范围：员工不得从事食品、食品设备、烹调用具、布草、未开封的一次性餐具的工作。

禁止进入：谢绝人员进入食品店或在里面工作。



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.