

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
6. 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.

疾病簡易参考指南

工作前, 您必须向负责人报告以下疾病、症状及问题。

- 诺如病毒
- 志贺氏杆菌
- 伤寒症
- 大肠杆菌
- 甲型肝炎
- 沙门氏菌



腹泻



呕吐



发烧伴喉痛



感染或开放性伤口



持续咳嗽和打喷嚏



黄疸(导致眼睛、指甲和/或皮肤发黄的疾病)



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.

食品处理员疾病参考指南



呕吐

禁止进入

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



腹泻

禁止进入

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



发烧和喉痛*

限制范围**

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



持续咳嗽或打喷嚏

限制范围

症状消除后可以恢复工作



黄疸

禁止进入*联系
TCHD 获取指导

黄疸出现 7 日后可以恢复工作 *

* 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.