



# Соглашение о сообщении о здоровье сотрудников пищевого производства

## Food Employee Health Reporting Agreement

Цель этого соглашения – информировать сотрудников питания об их ответственности уведомлять ответственного лица, если они сталкиваются с любым из перечисленных условий, чтобы ответственный человек мог принять соответствующие меры для предотвращения передачи пищевых заболеваний.

**СОГЛАШАЮСЬ УВЕДОМЛЯТЬ ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА: О любом начале следующих симптомов, как во время работы, так и вне работы, включая дату их появления:**

1. Диарея
2. Рвота
3. Желтуха
4. Боль в горле с температурой
5. Инфицированные порезы или раны, или поражения с гноем на руке, запястье, открытой части тела или другой части тела, и порезы, раны или поражения не должным образом закрыты (например, нарывы и инфицированные раны, сколько бы маленькими они ни были).

**Будущие медицинские диагнозы: Если будет диагностировано заболевание, вызванное *Norovirus*, тифозной лихорадкой (*Salmonella Typhi*), шигеллёзом (инфекция *Shigella spp.*), *Escherichia coli O157* или другой инфекцией *STEC*, нетифозной *Salmonella* или гепатитом А (инфекция вирусом гепатита А).**

**Будущее воздействие на патогены, передаваемые через пищу:**

1. Воздействие на или подозрение на участие в любой подтвержденной вспышке заболевания, вызванного *Norovirus*, тифозной лихорадкой, шигеллёзом, *E. coli O157* или другой инфекцией *STEC*, или гепатитом А.
2. Член семьи, у которого диагностирован *Norovirus*, тифозная лихорадка, шигеллёз, заболевание, вызванное *STEC*, или гепатит А.
3. Член семьи, который посещает или работает в месте, где происходит подтвержденная вспышка заболевания, вызванного *Norovirus*, тифозной лихорадкой, шигеллёзом, *E. coli O157* или другой инфекцией *STEC*, или гепатитом А.

Я прочитал (или мне объяснили) и понимаю требования, касающиеся моих обязанностей в соответствии с Кодексом о пище и этим соглашением, чтобы соблюдать:

1. Требования к отчетности, указанные выше, касающиеся симптомов, диагнозов и указанных случаев воздействия;
2. Ограничения или исключения, которые наложены на меня; и
3. Хорошие практики гигиены.

**Я понимаю, что несоблюдение условий этого соглашения может привести к действиям со стороны пищевого заведения или регулирующего органа, которые могут поставить под угрозу мою работу и могут повлечь за собой юридические действия против меня.**

Food Employee Name (please print) \_\_\_\_\_

Signature of Food Employee \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Permit Holder or Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_