

खाद्य कर्मचारी रिपोर्टिंग अनुबंध

संक्रमित खाद्य कर्मचारियों द्वारा खाने के माध्यम से रोगों के संचरण को रोकना

इस अनुबंध का उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि जिन खाद्य कर्मचारियों और आवेदक जिन्हें रोजगार का कंडीशनल ऑफर मिला है, वे सूचीबद्ध किसी भी स्थिति का अनुभव होने पर प्रभारी व्यक्ति को सूचित करें ताकि प्रभारी व्यक्ति खाद्य पदार्थों से होने वाली बीमारी के प्रसारण को रोकने के लिए उचित कदम उठा सके।

मैं प्रभारी व्यक्ति को रिपोर्ट करने के लिए सहमत हूँ:

लक्षण

1. दस्त
2. बुखार
3. उल्टी होना
4. पीलिया
5. बुखार के साथ गले में खराश
6. हाथ, कलाई या शरीर के खुले हिस्से पर मवाद (पस) युक्त घाव (जैसे फोड़े और संक्रमित घाव, चाहे वे कितने भी छोटे हों)

मोडकल जांच

जब भी साल्मोनेला टाइफी (टाइफाइड बुखार), शिगेला एसपीपी (शिगेलोसिस), एस्चेरिचिया कोली O157:H7, हेपेटाइटिस ए वायरस, एंटामोइबा हिस्टोलिटिका, कैम्पिलोबैक्टर एसपीपी., विब्रियो हैजा एसपीपी., क्रिप्टोस्पोरिडियम पार्वम, जिआर्डिया लैम्ब्लिया, हेमोलिटिक यूरेमिक सिंड्रोम, साल्मोनेला एसपीपी (नॉन-टाइफी), यर्सिनिया एंटरोकोलिटिका, या साइक्लोस्पोरा कैटेनेंसिस से बीमार होने का निदान किया जाता है।

पूर्व मोडकल जांच

क्या आपको कभी ऊपर सूचीबद्ध बीमारियों में से किसी एक से बीमार हुई है?

यदि हां तो निदान की तारीख क्या थी? _____

उच्च जोखिम वाले कंडीशन

1. टाइफाइड बुखार, शिगेलोसिस, ई. कोली O157:H7 संक्रमण, या हेपेटाइटिस ए के किसी भी पुष्ट प्रकोप के कारण या जोखिम होने का संदेह
2. घर के एक सदस्य को टाइफाइड बुखार, शिगेलोसिस, ई. कोलाई O157:H7, या हेपेटाइटिस ए के कारण होने वाली बीमारी का पता चला
3. घर के किसी सदस्य को टाइफाइड बुखार, शिगेलोसिस, ई. कोलाई O157:H7 संक्रमण, या हेपेटाइटिस ए के फैलने की पुष्टि हुई।

मेंने 105 CMR 590/1999 खाद्य संहिता और ऊपर निर्दिष्ट रिपोर्टिंग आवश्यकताओं के अनुपालन के लिए इस एग्रीमेंट के तहत अपनी जिम्मेदारियों से संबंधित आवश्यकताओं को पढ़ लिया है (या मुझे समझाया है) और समझता/ती हूं जिसमें लक्षण, निदान और निर्दिष्ट उच्च जोखिम वाली स्थितियां शामिल हैं। मैं यह भी समझता हूं कि यदि मुझे उपरोक्त लक्षणों या उच्च जोखिम वाली स्थितियों में से एक का अनुभव होता है, या मेरा उपरोक्त बीमारियों में से किसी एक का निदान होता, तो मुझे अपनी नौकरी बदलने या ऐसे लक्षणों या बीमारियों के ठीक होने तक पूरी तरह से काम बंद करने के लिए कहा जा सकता है।

मैं समझता/ती हूं कि इस समझौते की शर्तों का पालन करने में असफलता के फलस्वरूप खाद्य प्रतिष्ठान या खाद्य नियामक प्राधिकरण द्वारा कार्रवाई की जा सकती है जिससे मेरा रोजगार खतरे में पड़ सकता है और मेरे खिलाफ कानूनी कार्रवाई हो सकती है।

आवेदक या खाद्य कर्मचारी का नाम (कृपया प्रिंट करें) _____

आवेदक या खाद्य कर्मचारी के हस्ताक्षर _____ तारीख _____

परमिट धारक या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर _____ तारीख _____

यह एमए सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग द्वारा बनाया गया एक मॉडल फॉर्म है जिसे 105 CMR 590.003 (C) और खाद्य संहिता 2-201.11 के अनुपालन में सहायता के लिए उद्योग के लिए एक उपकरण के रूप में पेश किया गया है। इस फॉर्म का उपयोग स्वैच्छिक है और राज्य विनियमन द्वारा आवश्यक नहीं है। खाद्य सुरक्षा शिक्षा के लिए मैसाचुसेट्स पार्टनरशिप द्वारा वितरित; मैसाचुसेट्स पर्यावरणीय स्वास्थ्य एसोसिएशन के समर्थन से अनुवाद प्रदान किया गया।

संशोधित: 5/8/2001