**Соглашение о предоставлении информации**

В целях предотвращения распространения инфекционных желудочно- кишечных заболеваний работниками пищевой отрасли.

Цель данного соглашения***:*** работники пищевой отрасли и лица***,*** получившие приглашение на работу***,*** обязаны информировать должностное лицо о наличии диагностированных желудочно***-***кишечных заболеваний или их симптомов***,*** в целях своевременного принятия мер по предотвращению распространения инфекции через пищевые продукты***.***

# **Я СОГЛАСЕН ИНФОРМИРОВАТЬ ДОЛЖНОСТНОЕ ЛИЦО, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:**

**А. СИМПТОМЫ**

Диарея, Высокая температура, Рвота, Желтуха, Воспаление горла**,** сопровождающееся температурой, Гнойное поражение тканей рук **(**например***,*** фурункул или воспаленная рана***,*** вне зависимости от размера***)***

# **Б. ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Norovirus* (Норовирус), *shiga toxin-producing E.coli* (кишечная палочка, производящая токсин Шига), Кишечные инфекции *Salmonella* Typhi ( брюшной тиф), *Shigella spp.* (шигеллез, сальмонеллез), hepatitis A virus (гепатит А)*,* а также другие заболевания, которые могут передаваться через продукты питания, согласно 105 CMR 300.000 За дополнительной информацией обращайтесь в Программу защиты пищевых продуктов по номеру 617-983-6712 или в Программу эпидемиологии по номеру 617-983-6800.

# **В. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Страдали ли вы когда**-**либо одним из перечисленных заболеваний**?**

Если да**,** то когда именно**?**

# **Г. УСЛОВИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА**

* Ваше непосредственное взаимодействие с больными или подозрение на распостранение Вами заболеваний, перечисленных выше в части Б.
* Член семьис диагнозом одного иззаболеваний, перечисленных выше в части Б.
* Член семьи**,** работающий или пребывающий в районе подтвержденной вспышки одного иззаболеваний, перечисленных выше в части Б

Я прочел (или мне прочитали) вышеизложенное и осознал свою ответственность и необходимость предоставления информации о вышеперечисленных заболеваниях, симптомах заболеваний и условиях повышенного риска в соответствии с Положением о пищевой отрасли 105 CMR 590/1999 и данным соглашением. Я также понимаю, что в случае наличия у меня одного из вышеперечисленных заболеваний, симптомов или условий повышенного риска, мне предложат сменить работу или прекратить работу до тех пор, пока заболевание не будет излечено.

Я понимаю, что предоставление ложной информации по пунктам данного соглашения может повлечь за собой привлечение к уголовной ответственности, а также административные меры, ставящие под угрозу мою работу.

Работник или претендент на должность**,** имя **(**печатными буквами**)**

Работник или претендент на должность**,** подпись Дата

Подпись владельца пищевого предприятия или его представителя Дата

Финансирование для этого перевода было предоставлено в рамках Кооперативного гранта FDA для города Мелроуз, Массачусетс. Данная форма разработана Управлением общественного питания штата Массачусетс и предлагается в качестве образца в целях соответствия требованиям 105 CMR и Положения о пищевой отрасли 590.002 (Е). Использование данной формы не является обязательным и не предусматривается законами штата. Дополнения внесены: Октябрь 2018