

表 1-A

**试用期员工和食品员工面试**

防止疾病由受感染的食品员工或试用期员工经由食物传播，尤其是由诺如病毒（Norovirus），伤寒沙门氏菌（Salmonella Typhi），志贺菌（Shigella spp.），肠出血性 (Enterohemorrhagic) 或产志贺毒素（Shiga toxin-producing）大肠杆菌（Escherichia coli），沙门氏菌不是伤寒（nontyphoidal Salmonella），或甲型肝炎病毒（hepatitis A Virus）引发的疾病。

进行这个面试的目的是告知试用期员工和食品员工，他们需要告诉负责人自己过去和现在的健康状况，以便负责人采取适当的措施以阻止食源性疾病的传播和扩散。

试用期员工姓名（印刷体）\_\_\_\_\_

食品员工姓名（印刷体）\_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话 日间: \_\_\_\_\_ 夜间: \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

你此时是否有如下症状？（请圈“是”或“否”）

如果“是”的话，请注明开始日期

痢疾？	是 / 否	_____
呕吐？	是 / 否	_____
黄疸？	是 / 否	_____
喉咙疼痛并伴有发烧？	是 / 否	_____

或者

感染的割伤或者是开裂流脓的伤口？在手上，腕部，身体露在

外面的部位或其他部位有含脓的伤口？而且这些伤口

未适当包扎？ 是 / 否

（例如：烫伤和感染的伤口，即使是小伤口）

**在过去：**

你是否确诊患有伤寒（由伤寒沙门氏菌 Salmonella Typhi 引起的）？ 是 / 否

如果“是”的话，诊断日期为\_\_\_\_\_

在过去的 3 个月，你是否使用针对伤寒沙门氏菌（Salmonella Typhi）的抗生素？ 是 / 否

如果“是”的话，你使用了多少天？\_\_\_\_\_

如果你使用抗生素，疗程是否已结束？ 是 / 否

**疾病接触史**

1. 你是否被怀疑引起或接触最近发生的食源性疾病？ 是 / 否

如果“是”的话，食源性疾病的发生日期为：\_\_\_\_\_

a. 如果“是”的话，疾病的发生原因是什么？它是否符合如下描述？

疾病原因：\_\_\_\_\_

i. 急性胃肠炎（由诺如病毒Norovirus引起的，在过去的48小时内有接触） 疾病开始日期\_\_\_\_\_

ii. 大肠杆菌 O157:H7 感染（E. coli O157:H7，在过去的3天内有接触） 疾病开始日期\_\_\_\_\_

iii. 甲型肝炎（hepatitis A，在过去的30天内有接触） 疾病开始日期\_\_\_\_\_

iv. 伤寒（Typhoid fever，在过去的14天内有接触） 疾病开始日期\_\_\_\_\_

v. 志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis，在过去的3天内有接触） 疾病开始日期\_\_\_\_\_

b. 如果“是”的话，你是否：

i. 食用受疾病污染的食物？\_\_\_\_\_

ii. 在疾病发生的食品供应场所工作？\_\_\_\_\_

iii. 在疾病发生期间，食用由患病人员准备的食物？\_\_\_\_\_

2. 你最近是否在疾病发生的场所参加活动或工作？ 是 / 否

如果“是”的话，疾病的发生原因是什么？\_\_\_\_\_

如果疾病是由以下病原体引起的，你是否有按如下描述方式接触病原体？

a. 诺如病毒（Norovirus，在过去的48小时内有接触） 是 / 否

b. 大肠杆菌 O157:H7（E. coli O157:H7，或肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌，在过去的3天内有接触） 是 / 否

c. 志贺菌（Shigella spp.，在过去的3天内有接触） 是 / 否

d. 伤寒沙门氏菌（Salmonella Typhi，在过去的14天内有接触） 是 / 否

e. 甲型肝炎病毒（hepatitis A Virus，在过去的30天内有接触） 是 / 否

同居的家庭成员中，是否有确诊患有急性胃肠炎（由诺如病毒Norovirus引起的），志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis），伤寒（Typhoid fever），甲型肝炎（hepatitis A），或者是由大肠杆菌O157:H7（E. coli O157:H7）、肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌肠引发的疾病？

是 / 否 疾病开始的日期\_\_\_\_\_

3. 同居的家庭成员中，是否有在如下疾病发生的场所参加活动或工作：急性胃肠炎（由诺如病毒Norovirus引起的），伤寒（Typhoid fever），志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis），肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌感染，或者甲型肝炎（hepatitis A）？

是 / 否 疾病开始的日期\_\_\_\_\_

你的保健医生或私人医生信息：

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话 日间: \_\_\_\_\_ 夜间: \_\_\_\_\_

试用期员工签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

食品员工签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

员工证件持有者或代理人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

表 1-B

**试用期员工和食品员工疾病报告协议**

防止疾病由受感染的食品员工或试用期员工经由食物传播，尤其是由诺如病毒（Norovirus），伤寒沙门氏菌（Salmonella Typhi），志贺菌（Shigella spp.），肠出血性 (Enterohemorrhagic) 或产志贺毒素（Shiga toxin-producing）大肠杆菌（Escherichia coli），沙门氏菌不是伤寒 (nontyphoidal Salmonella)，或甲型肝炎病毒（hepatitis A Virus）引发的疾病。

准备这个协议的目的是告知试用期员工和食品员工，当患有如下症状时，他们有责任告诉负责人，以便负责人采取适当的措施以阻止食源性疾病的传播和扩散。

我同意向负责人报告如下信息：

无论在工作期间还是工作外，发生如下症状及其开始日期：

- 1.痢疾
- 2.呕吐
- 3.黄疸
- 4.喉咙疼痛并伴有发烧
- 5.感染的割伤或者是开裂流脓的伤口，在手上，腕部，露在外面的身体部位或身体其他部位有含脓的伤口，而且这些伤口未适当包扎（例如：烫伤和感染的伤口，即使是小伤口）

将来的医疗诊断结果：

无论何时确诊患有 急性胃肠炎（由 诺如病毒Norovirus引起的），伤寒 (Typhoid fever)，志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis），由大肠杆菌O157:H7（E. coli O157:H7）、肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌肠引发的疾病，沙门氏菌不是伤寒 (nontyphoidal Salmonella)，或者是甲型肝炎（hepatitis A）。

将来与病原体的接触：

- 1.接触或者被怀疑引起如下疾病：急性胃肠炎（由 诺如病毒Norovirus引起的），伤寒 (Typhoid fever)，志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis），由大肠杆菌O157:H7（E. coli O157:H7）、肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌肠引发的疾病，或者是甲型肝炎（hepatitis A）。
- 2.同居的家庭成员中，确诊患有 急性胃肠炎（由 诺如病毒Norovirus引起的），伤寒 (Typhoid fever)，志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis），由大肠杆菌O157:H7（E. coli O157:H7）、肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌肠引发的疾病，或者是甲型肝炎（hepatitis A）。
- 3.同居的家庭成员中，在如下疾病发生的场所参加活动或工作：急性胃肠炎（由 诺如病毒Norovirus引起的），伤寒 (Typhoid fever)，志贺氏细菌性痢疾（Shigellosis），由大肠杆菌O157:H7（E. coli O157:H7）、肠出血性或产志贺毒素大肠杆菌肠引发的疾病，或者是甲型肝炎（hepatitis A）。

我已经阅读（或经他人解释）并且知道根据食品法案（Food Code）和本协议，我应当遵守如下规定：

- 1.详细报告如上所述的疾病症状，诊断信息，和与病原体接触的信息；
- 2.合理的限制或者暂停我工作的要求；
- 3.良好卫生操作规范。

我知道如果我违背本协议的条款，食品供应场所或者是食品监管部门可以取消我的工作资格，甚至发起针对我的法律诉讼。

试用期员工姓名（印刷体）\_\_\_\_\_

试用期员工签名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_

食品员工姓名（印刷体）\_\_\_\_\_

食品员工签名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_

员工证件持有者或代理人签名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_