



ŞARTLI PERSONEL VE GIDA ALANINDA ÇALIŞAN PERSONELE YÖNELİK MÜLAKAT FORMU

Bu mülakatın amacı, şartlı personelin ve gıda alanında çalışan personelin sağlık geçmişi ve mevcut durumu konusunda yetkili kişinin bilgi sahibi olabilmesi ve böylece gıda yoluyla bulaşan hastalıklara karşı gerekli önlemleri alabilmesini sağlamaktır.

Şartlı Personelin Adı (okunaklı yazınız) _____

Gıda Alanında Çalışan Personelin Adı (okunaklı yazınız) _____

Adres _____

Telefon _____ Tarih _____

Aşağıdaki semptomlardan herhangi biri sizde var mı? (Daire içine alınız) Cevabınız EVET ise, semptomun belirme tarihini yazınız.

İshal	EVET HAYIR	_____
Kusma	EVET HAYIR	_____
Sarılık	EVET HAYIR	_____
Boğazda yanma ve ateş	EVET HAYIR	_____

VEYA

Enfeksiyon kapmış ve akıntılı kesikler veya açık yaralar; veya elde, bilekte, vücudun açığındaki bir bölümünde veya başka bir yerinde bulunan irinli lezyonlar; ve tamamen kapanmamış kesikler, yaralar veya lezyonlar (her ne kadar küçük olursa olsun çıbanlar ve iltihaplı yaralar gibi)

EVET HAYIR _____

GEÇMİŞTE:

Size daha önce hiç tifo hastalığı teşhisi kondu mu? (S. Typhi) EVET HAYIR

Cevabınız EVET ise, teşhis tarihini yazınız. _____

Son üç ay içerisinde S. Typhi bakterisine karşı antibiyotik kullandınız mı? EVET HAYIR

Cevabınız EVET ise, S. Typhi bakterisine karşı kaç gün süreyle antibiyotik kullandınız? _____ GÜN

Eğer antibiyotik kullandıysanız, reçetede belirtilen miktarı tamamladınız mı? EVET HAYIR

GEÇMİŞTE HASTALIKLARA MARUZ KALMA DURUMU:

1. Daha önce hiç gıdalla bulaşan, kesinleşmiş bir salgın hastalığın yayılmasına neden oldunuz mu, veya yakın zaman önce böyle bir salgına maruz kaldınız mı? EVET HAYIR

a. Cevabınız EVET ise, bu salgının sebebi neydi ve aşağıdaki kriterlerden herhangi birine uyuyor muydu?

Sebep:

Norovirüs (son 48 saat içinde maruz kaldı)	Hastalığın başlama tarihi _____
Şiga toksini üreten <i>E. coli</i> (koli basili) (son 3 gün içinde maruz kaldı)	Hastalığın başlama tarihi _____
Hepatit A virüsü (son 30 gün içinde maruz kaldı)	Hastalığın başlama tarihi _____
Tifo (son 14 gün içinde maruz kaldı)	Hastalığın başlama tarihi _____
Şigeloz (son 3 gün içinde maruz kaldı)	Hastalığın başlama tarihi _____
Nontyphoidal <i>Salmonella</i> (son 3 gün içinde maruz kaldı)	Hastalığın başlama tarihi _____



ŞARTLI PERSONEL VE GIDA ALANINDA ÇALIŞAN PERSONELE YÖNELİK MÜLAKAT FORMU (DEVAMI)

b. Cevabınız EVET ise:

- Salgına neden olan gıda(ları) tükettiniz mi? EVET HAYIR
- Salgının kaynaklandığı herhangi bir gıda işletmesinde çalıştınız mı? EVET HAYIR
- Hasta olan bir kişi tarafından hazırlanmış herhangi bir yiyeceği tükettiniz mi? EVET HAYIR
2. Yakın zaman önce salgın bir hastalığın tespit edildiği herhangi bir mekanda buldunuz mu veya böyle bir işyerinde çalıştınız mı? EVET HAYIR

Cevabınız EVET ise, kesinleşmiş salgının sebebi neydi? _____

Eğer bu salgının sebebi aşağıdaki altı patojenden biri idiyse, patojene maruz kalma durumu aşağıda belirtilen kriterlere uyuyor muydu?

- a. Norovirüs (son 48 saat içinde maruz kalındı) EVET HAYIR
- b. Şiga toksini üreten *E. coli* (koli basili) (son 3 gün içinde maruz kalındı) EVET HAYIR
- c. Hepatit A virüsü (son 30 gün içinde maruz kalındı) EVET HAYIR
- d. Tifo (son 14 gün içinde maruz kalındı) EVET HAYIR
- e. Şigelloz (son 3 gün içinde maruz kalındı) EVET HAYIR
- f. Nontyphoidal *Salmonella* (son 3 gün içinde maruz kalındı) EVET HAYIR

3. Norovirüs, Şiga toksini üreten *E. coli* kaynaklı bir hastalık, Hepatit A, tifo, şigelloz veya nontyphoidal *Salmonella* teşhisi konmuş bir kişiyle aynı evde yaşıyor musunuz? EVET HAYIR

Cevabınız EVET ise, hastalığın başlama tarihini yazınız. _____

4. Ailenizde, Norovirüs, Şiga toksini üreten *E. coli*, Hepatit A, tifo, şigelloz veya nontyphoidal *Salmonella* salgını tespit edilmiş bir mekanda bulunmuş olan veya böyle bir işyerinde çalışan kimse var mı? EVET HAYIR

Cevabınız EVET ise, hastalığın başlama tarihini yazınız. _____

Doktorunuzun adı, adresi ve telefon numarası:

Adı _____

Adres _____

Telefon No. Gündüz: _____ Akşam: _____



ŞARTLI PERSONEL VE GIDA ALANINDA ÇALIŞAN PERSONEL İÇİN BİLDİRİM SÖZLEŞMESİ

Bu sözleşmenin amacı, şartlı personelin ve gıda alanında çalışan personelin kendi sağlık geçmişleri ve mevcut durumları konusunda yetkili kişiyi haberdar etme sorumluluğunun farkında olmalarını sağlamaktır; böylece yetkili kişi de gıda yoluyla bulaşan hastalıklara karşı gerekli önlemleri alabilecektir.

Aşağıda belirtilen semptomların işte veya iş dışında ortaya çıkması durumunda; semptomların belirme tarihi de dahil olmak üzere,

YETKİLİ KİŞİYİ HABERDAR ETMEYİ KABUL EDİYORUM:

1. İshal
2. Kusma
3. Sarılık
4. Boğazda yanma ve ateş
5. Enfeksiyon kapmış ve akıntılı kesikler veya açık yaralar; veya elde, bilekte, vücudun açıktaki bir bölümünde veya başka bir yerinde bulunan irinli lezyonlar; ve tamamen kapanmamış kesikler, yaralar veya lezyonlar (her ne kadar küçük olursa olsun çibanlar ve iltihaplı yaralar gibi)

İLERİDE KONACAK TIBBİ TANILAR:

Norovirüs, Şiga toksini üreten *E. coli*, Hepatit A (Hepatit A virüsü enfeksiyonu), tifo (*S. Typhi*), şigeloz (*Shigella* spp. enfeksiyonu), veya nontyphoidal *Salmonella* kaynaklı bir hastalık teşhisi konması durumunda.

İLERİDE GIDA İLE TAŞINAN PATOJENLERE MARUZ KALMA DURUMU:

1. Norovirüs, Şiga toksini üreten *E. coli*, Hepatit A, tifo, şigeloz veya nontyphoidal *Salmonella* enfeksiyonuna maruz kalma veya kesinleşmiş bir salgını başlatma şüphesi taşıma durumunda.
2. Bir aile üyesine Norovirüs, Şiga toksini üreten *E. coli* kaynaklı bir hastalık, Hepatit A, tifo, şigeloz veya nontyphoidal *Salmonella* teşhisi konması durumunda.
3. Bir aile üyesinin, Norovirüs, Şiga toksini üreten *E. coli*, Hepatit A, tifo, şigeloz veya nontyphoidal *Salmonella* salgını tespit edilmiş bir mekanda bulunması veya böyle bir işyerinde çalışması durumunda.

Delaware Eyaleti Gıda Yasası ve bu sözleşme dahilinde, aşağıda belirtilen koşullara uymakla sorumlu olduğumu okudum (veya bana açıklandı) ve anladım:

1. Yukarıda belirtilen semptomları, teşhisleri ve maruz kalma durumlarını bildirme zorunluluğu
2. Bana uygulanacak işten yoksun bırakma veya kısıtlamalar
3. İyi hijyen uygulamaları

Bu sözleşmeye aykırı davranmam halinde gıda işletmesinin veya gıda düzenleme kurumunun, işimi kaybetmemle sonuçlanabilecek şekilde bana karşı dava açabileceğini anlıyorum.

Şartlı Personelin İmzası _____ Tarih _____

Gıda Alanında Çalışan Personelin İmzası _____ Tarih _____

İzin Sahibi veya Temsilcinin İmzası _____ Tarih _____