



مقابلة الموظفين المشروطين والموظفين في مجال الأغذية

يتمثل الغرض من هذه المقابلة إبلاغ الموظفين المشروطين والموظفين في مجال الأغذية عن كيفية تقديم المشورة للشخص المسؤول عن وصف الظروف السابقة والحالية بحيث يتمكن هذا الشخص من اتخاذ الخطوات المناسبة لمنع انتقال الأمراض المنقولة عبر الغذاء.

اسم الموظف المشروط (كتابة) _____
اسم موظف الأغذية (كتابة) _____
العنوان _____
رقم الهاتف _____ التاريخ _____

هل تعاني من أي من الأمراض التالية: (الرجاء وضع دائرة) في حال الإجابة بنعم، تاريخ تفشي المرض.

الإسهال _____ نعم لا
القيء _____ نعم لا
اليرقان _____ نعم لا
التهاب حلق مع حصى _____ نعم لا
أو

هل لديك أي جروح ملتهبة أو جروح مفتوحة أو تنزف، أو آفات تحتوي على صديد على اليد أو الرسغ أو جزء مكشوف من الجسم، أو جزء آخر من الجسم لم تتم فيه تغطية الجروح أو القطوع أو الآفات بشكل صحيح (مثل الدمام والجروح المصابة)

نعم لا _____

في الماضي:

هل سبق لك أن تم تشخيص إصابتك بمرض الحصى التيفية
إذا كانت الإجابة "نعم"، تاريخ التشخيص؟ _____
إذا كان تم تشخيصك بالمرّة في فترة الأشهر الثلاثة الماضية، هل تناولت المضادات الحيوية للحصى التيفية؟
إذا كانت الإجابة "نعم"، كم كان عدد الأيام التي تناولت فيها المضادات الحيوية للحصى التيفية؟ _____ يوم
في حال تناولت المضادات الحيوية، هل أنهيت كامل الكمية التي وصفها لك الطبيب؟
نعم لا _____

تاريخ التعرض:

1. هل كنت عرضة للتسبب أو هل تعرضت لانتشار مؤكد للأمراض المنقولة بالغذاء مؤخراً؟
نعم لا _____

ا. إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هو سبب المرض وهل استوفى المعايير التالية؟

السبب:

نوروفيروس (آخر تعرض خلال 48 ساعة الماضية) _____ تاريخ تفشي المرض _____
شيفاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشريكية القولونية (آخر تعرض خلال 3 أيام الماضية) _____ تاريخ تفشي المرض _____
فيروس التهاب الكبد A (آخر تعرض خلال 30 يوماً الماضية) _____ تاريخ تفشي المرض _____
حصى التيفويد (آخر تعرض خلال 14 يوماً الماضية) _____ تاريخ تفشي المرض _____
العصوي (آخر تعرض خلال 3 أيام الماضية) _____ تاريخ تفشي المرض _____
السالمونيلا للمفاوية (آخر تعرض خلال 3 أيام الماضية) _____ تاريخ تفشي المرض _____



مقابلة الموظفين المشروطين والموظفين في مجال الأغذية (يتبع)

ب. إذا كانت الإجابة "نعم"، هل:

- استهلكك الطعام المتورط في انتشار المرض؟ نعم لا
عملت في منشأة طعام كانت مصدر انتشار المرض؟ نعم لا
استهلكك طعاما في فعالية كان من يقوم بالتحضير مصابا بمرض؟ نعم لا
2. هل حضرت مؤخرا فعالية أو وضعاً كان فيه تفشي المرض مؤكدا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هو سبب تفشي المرض المؤكد؟
إذا كان السبب هو أحد مسببات الأمراض الستة التالية، هل كان التعرض للمرض يستوفي المعايير التالية.

- نوروفيروس (آخر تعرض خلال 48 ساعة الماضية) نعم لا
شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشريكية القولونية (آخر تعرض خلال 3 أيام الماضية) نعم لا
فيروس التهاب الكبد A (آخر تعرض خلال 30 يوما الماضية) نعم لا
حى التيفويد (آخر تعرض خلال 14 يوما الماضية) نعم لا
العصبي (آخر تعرض خلال 3 أيام الماضية) نعم لا
السالمونيلا اللمفاوية (آخر تعرض خلال 3 أيام الماضية) نعم لا

هل تعيش في نفس المنزل كشخص تم تشخيصه بأمراض نوروفيروس أو شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشريكية القولونية أو فيروس التهاب الكبد A أو حى التيفويد العصبي أو السالمونيلا اللمفاوية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، تاريخ بداية المرض _____

هل لديك فرد من أفراد الأسرة يحضر أو يعمل في وضع فيه انتشار مؤكد لمرض: نوروفيروس أو شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشريكية القولونية أو فيروس التهاب الكبد A أو حى التيفويد العصبي أو السالمونيلا اللمفاوية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، تاريخ بداية المرض _____

الاسم والعنوان ورقم الهاتف لطبيب:

الاسم _____

العنوان _____

رقم الهاتف: النهاري: _____ الليلي: _____



اتفاقية تقرير الموظفين المشروطين أو موظفي الطعام

يتمثل الغرض من هذه المقابلة إبلاغ الموظفين المشروطين والموظفين في مجال الأغذية عن كيفية تقديم المشورة للشخص المسؤول عن وصف الظروف السابقة والحالية بحيث يتمكن هذا الشخص من اتخاذ الخطوات المناسبة لمنع انتقال الأمراض المنقولة عبر الغذاء.

أوافق على إبلاغ الشخص المسؤول:

أي بداية للأعراض التالية، سواء أثناء العمل أو خارجه، بما في ذلك تاريخ بداية :

- 1- الإسهال
- 2- القيء
- 3- البرقان
- 4- وجع حلق مع حمى
- 5- جروح ملتهبة أو جروح مفتوحة أو تنزف، أو آفات تحتوي على صديد على اليد أو الرسغ أو جزء مكشوف من الجسم، أو جزء آخر من الجسم لم تتم فيه تغطية الجروح أو القطوع أو الآفات بشكل صحيح (مثل الدامل والجروح المصابة، مهما كان حجمها صغيراً).

التشخيص الطبي في المستقبل:

في أي وقت تم تشخيصي بمرض: نوروفيروس أو شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشرية القولونية أو فيروس التهاب الكبد A أو حمى التيفوئيد العصبوي أو السالمونيلا للمفاوية.

التعرض المستقبلي لمرض منقوب عبر الطعام

1. التعرض للاشتباه في حدوث أي تفشي مؤكد لمرض: نوروفيروس أو شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشرية القولونية أو فيروس التهاب الكبد A أو حمى التيفوئيد العصبوي أو السالمونيلا للمفاوية.
2. تعرض فرد من أفراد أسرتي لمرض: نوروفيروس أو شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشرية القولونية أو فيروس التهاب الكبد A أو حمى التيفوئيد العصبوي أو السالمونيلا للمفاوية.
3. يحضر أحد أفراد الأسرة أو يعمل في وضع هناك فيه تفشي مؤكد لمرض: نوروفيروس أو شيغاتوكسجينيك و فيروتكسيجينيك الإشرية القولونية أو فيروس التهاب الكبد A أو حمى التيفوئيد العصبوي أو السالمونيلا للمفاوية.

لقد قرأت (أو قد تم التوضيح لي) وفهمت المتطلبات المتعلقة بمسؤولياتي بموجب قانون الأغذية في ولاية ديلاوير وهذا الاتفاق دليل على امتثالي بكل من:

1. متطلبات الإبلاغ المحددة أعلاه التي تنطوي على أعراض، وتشخيص، والتعرض المحددة
2. قيود العمل أو الاستثناءات التي تفرض علي
3. الممارسات الصحية الجيدة

أنا أفهم أن عدم الامتثال لشروط هذا الاتفاق يمكن أن يؤدي إلى قيام مؤسسة الغذاء أو السلطة التنظيمية الغذائية باتخاذ إجراءات قد تعرض عملي للخطر وقد تنطوي على إجراءات قانونية ضدي.

توقيع الموظف المشروط _____ التاريخ _____

توقيع موظف الأغذية _____ التاريخ _____

توقيع حامل التصريح أو الممثل _____ التاريخ _____