



ОПРОСНИК ДЛЯ РАБОТНИКОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И РАБОТНИКОВ НА ИСПЫТАТЕЛЬНОМ СРОКЕ

Целью данного интервью является предоставление информации работниками пищевой промышленности и работниками на испытательном сроке лицам, ответственным за прошлые и текущие рабочие условия, в форме, способствующей тому, чтобы ответственные лица могли принять соответствующие меры для предотвращения распространения заболеваний пищевого происхождения.

Работник на испытательном сроке (имя, печатными буквами) _____

Работник пищевой промышленности (имя, печатными буквами) _____

Адрес _____

Телефон _____ Дата _____

У вас имеются какие-либо из этих симптомов? (Обведите нужное.) Если ДА, укажите дату начала.

Диарея	ДА	НЕТ	_____
Рвота	ДА	НЕТ	_____
Желтуха	ДА	НЕТ	_____
Боль в горле и температура ИЛИ	ДА	НЕТ	_____

Открытые и сочащиеся инфицированные порезы или раны, или гнойные повреждения на руке, запястье, открытых или других частях тела, а также порезы, раны или повреждения, не покрытые надлежащим образом (например, фурункулы и инфицированные раны, даже небольшие)
ДА НЕТ _____

В ПРОШЛОМ:

У вас когда-нибудь диагностировали брюшной тиф (*S. typhi*)? ДА НЕТ

Если ДА, какова дата диагноза? _____

Если диагноз поставили в течение последних 3 месяцев, вы принимали антибиотики против *S. typhi*? ДА НЕТ

Если да, то сколько дней вы принимали антибиотики против *S. typhi*? _____ ДНЕЙ

Если вы принимали антибиотики, вы полностью закончили принимать весь выписанный курс? ДА НЕТ

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПАТОГЕНОВ:

1. За последнее время вас подозревали в причинении, или же вы подвергались воздействию подтвержденной вспышки заболевания пищевого происхождения? ДА НЕТ

а. Если да, то какова была причина заболевания, и отвечало ли оно следующим критериям?

Причина:

Норовирус (последнее воздействие в течение 48 часов)	Дата вспышки заболевания: _____
Шига-токсин <i>E. coli</i> (последнее воздействие в течение 3 дней)	Дата вспышки заболевания: _____
Вирус гепатита А (последнее воздействие в течение 30 дней)	Дата вспышки заболевания: _____
Брюшной тиф (последнее воздействие в течение 14 дней)	Дата вспышки заболевания: _____
Дизентерия (последнее воздействие в течение 3 дней)	Дата вспышки заболевания: _____
Нетифоидная сальмонелла (последнее воздействие в течение 3 дней)	Дата вспышки заболевания: _____



ОПРОСНИК ДЛЯ РАБОТНИКОВ НА ИСПЫТАТЕЛЬНОМ СРОКЕ И РАБОТНИКОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

b. Если да, то:

- Вы употребляли пищу, причастную к вспышке заболевания? ДА НЕТ
- Вы работали на пищевом предприятии, которое послужило источником вспышки заболевания? ДА НЕТ
- На мероприятиях вы употребляете пищу, приготовленную человеком, который был болен? ДА НЕТ
2. Вы недавно посещали мероприятия или работали в условиях подтвержденной вспышки заболевания? ДА НЕТ

Если да, то, что послужило причиной подтвержденной вспышки заболевания? _____

Если причиной послужил один из следующих шести патогенных микроорганизмов, отвечало ли его воздействие следующим критериям?

- a. Норовирус (последнее воздействие в течение 48 часов) ДА НЕТ
- b. Шига-токсин *E. coli* (последнее воздействие в течение 3 дней) ДА НЕТ
- c. Вирус гепатита А (последнее воздействие в течение 30 дней) ДА НЕТ
- d. Брюшной тиф (последнее воздействие в течение 14 дней) ДА НЕТ
- e. *Шигеллез* (последнее воздействие в течение 3 дней) ДА НЕТ
- f. Нетифоидная сальмонелла (последнее воздействие в течение 3 дней) ДА НЕТ

3. Вы живете вместе с человеком, у которого диагностирован:
норовирус; заболевание, обусловленное шига-токсином *E. coli*; гепатит А; брюшной тиф; дизентерия или нетифоидный сальмонеллез ДА НЕТ

Если ДА, дата начала заболевания: _____

4. У вас есть член семьи, посещающий или работающий в условиях, где подтверждена:
вспышка норовирусного заболевания, вырабатываемый *E. coli* шига-токсин; гепатит А; брюшной тиф;
дизентерия или нетифоидная сальмонелла. ДА НЕТ

Если ДА, дата начала заболевания у члена семьи: _____

Имя, адрес и номер телефона вашего терапевта:

Имя: _____

Адрес: _____

Дневной телефон: : _____ Вечерний телефон: : _____



СОГЛАШЕНИЕ С РАБОТНИКАМИ НА ИСПЫТАТЕЛЬНОМ СРОКЕ И РАБОТНИКАМИ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИИ

Целью данного соглашения является предоставление информации работниками пищевой промышленности и работниками на испытательном сроке лицам, ответственным за прошлые и текущие рабочие условия, в форме, способствующей тому, чтобы ответственные лица могли принять соответствующие меры для предотвращения распространения заболеваний пищевого происхождения.

Я СОГЛАСЕН УВЕДОМЛЯТЬ ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО:

О начале следующих симптомов как на работе так и за ее пределами, включая дату их начала:

1. Диарея;
2. Рвота;
3. Желтуха;
4. Боль в горле и температура;
5. Открытые и сочащиеся инфицированные порезы или раны, или гнойные повреждения на руке, запястье, открытых или других частях тела, а также порезы, раны или повреждения, не покрытые надлежащим образом (например, фурункулы и инфицированные раны, даже небольшие).

МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ В БУДУЩЕМ:

При следующих диагнозах: норовирус; вырабатываемый *E. coli* шига-токсин; гепатит А (инфекция вирусом гепатита А), брюшной тиф (*S. typhi*); шигеллез (инфекция *Shigella*) или нетифоидная сальмонелла.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПИЩЕВЫХ ПАТОГЕНОВ В БУДУЩЕМ:

1. Подверженность воздействию или подозрение в причинении подтвержденной вспышки норовируса, вырабатываемого *E.coli* шига-токсина, гепатита А, брюшного тифа, дизентерии или нетифоидной сальмонеллы.
2. Обнаружение у члена домохозяйства одного из следующих диагнозов: норовирус; заболевание, вызываемой вырабатываемым *E.coli* шига-токсином; гепатит А; брюшной тиф; дизентерия или нетифоидная сальмонелла.
3. Член домохозяйства посещает или работает в условиях, где наблюдается подтвержденная вспышка норовируса, вырабатываемого *E.coli* шига-токсина, гепатита А, брюшного тифа, дизентерии или нетифоидной сальмонеллы.

Я прочел (или мне объяснили) и понял требования, касающиеся моих обязанностей в соответствии с Кодексом по пищевой продукции штата Делавэр и настоящим договором согласно:

1. требованиям в отношении предоставления информации ответственным лицам об указанных выше симптомах, диагнозах и воздействии патогенов;
2. ограничениям рабочих условий или отстранению, налагаемых на меня;
3. надлежащему соблюдению правил гигиены.

Я понимаю, что несоблюдение условий настоящего соглашения может привести к мерам воздействия со стороны учреждения или регулирующего органа пищевой промышленности, что может подвергнуть риску мою трудовую деятельность, а также вызвать подачу судебного иска против меня.

Подпись работника на испытательном сроке _____ Дата _____
Подпись работника пищевой промышленности _____ Дата _____
Подпись держателя разрешения или представителя _____ Дата _____