



PHÒNG VẤN NHÂN VIÊN THỰC PHẨM VÀ NHÂN VIÊN THỰC PHẨM THỜI VỤ

Mục đích bản phỏng vấn nhằm để hướng dẫn nhân viên thực phẩm và nhân viên thực phẩm thời vụ đưa ra lời khuyên cho người chịu trách nhiệm về tình trạng trong quá khứ hoặc hiện tại và được nhắc đến sau đây, để người chịu trách nhiệm có thể tiến hành những bước hợp lý ngăn chặn bệnh lây qua đường thực phẩm.

Tên Nhân Viên Thực phẩm Thời Vụ (in hoa) _____

Tên Nhân Viên Thực Phẩm (in hoa) _____

Địa chỉ _____

Điện thoại _____ Ngày _____

Bạn có đang mắc phải những triệu chứng nào sau đây?: (Khoanh tròn câu trả lời) Nếu CÓ, cho biết ngày phát triệu chứng

Tiêu chảy	CÓ	KHÔNG	_____
Nôn ói	CÓ	KHÔNG	_____
Vàng da	CÓ	KHÔNG	_____
Đau họng kèm sốt	CÓ	KHÔNG	_____

HOẶC

Vết thương hoặc vết cắt hở bị nhiễm trùng và khoét sâu, hoặc những thương tổn mưng mủ trên bàn tay, cổ tay, phần cơ thể phơi ra ngoài hoặc những phần cơ thể khác nhưng vết thương, vết cắt hoặc tổn thương không được che đúng cách (chẳng hạn như vết bỏng và nhiễm trùng, bất kể lớn nhỏ)

CÓ KHÔNG _____

TRONG QUÁ KHỨ:

Bạn đã bao giờ bị chẩn đoán mắc bệnh thương hàn (S. Typhi) _____ CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, ngày chẩn đoán? _____

Nếu trong vòng ba tháng gần nhất, bạn có uống kháng sinh chữa S. Typhi? _____ CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, bạn uống kháng sinh chữa S. Typhi trong bao nhiêu ngày? _____ NGÀY

Nếu bạn đã uống kháng sinh, bạn có uống hết theo toa thuốc ? _____ CÓ KHÔNG

TIỀN SỬ PHƠI NHIỄM:

1. Bạn đã bao giờ bị nghi ngờ đã gây ra, hoặc bạn đã bao giờ phơi nhiễm trước một căn bệnh bùng phát lây lan qua đường thức ăn trong thời gian gần đây? _____ CÓ KHÔNG

a. Nếu CÓ, nguyên nhân căn bệnh là gì và nó có những điều kiện miêu tả như sau?

Nguyên nhân:

Norovirus (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 48 giờ vừa qua)	Ngày phát bệnh _____
Độc tố Shiga sản sinh E. coli (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 3 ngày vừa qua)	Ngày phát bệnh _____
Virus Viêm gan A (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 30 ngày vừa qua)	Ngày phát bệnh _____
Sốt thương hàn (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 14 ngày vừa qua)	Ngày phát bệnh _____
Nhiễm khuẩn Shigella (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 3 ngày vừa qua)	Ngày phát bệnh _____
Nhiễm khuẩn Salmonella (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 3 ngày)	Ngày phát bệnh _____



PHÒNG VẤN NHÂN VIÊN THỰC PHẨM VÀ NHÂN VIÊN THỰC PHẨM THỜI VỤ (TIẾP TỤC)

b. Nếu CÓ, bạn đã::

Hấp thụ loại thực phẩm được cho là liên can trong lúc bùng phát? CÓ KHÔNG

Làm việc trong cơ sở thực phẩm đồng thời là nguồn gốc cơn bùng phát? CÓ KHÔNG

Hấp thụ thực phẩm tại một sự kiện được chuẩn bị bởi người bị bệnh? CÓ KHÔNG

2. Gần đây bạn có tham gia sự kiện hay làm việc trong bối cảnh đã được xác nhận là sự bùng phát của bệnh? CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, nguyên nhân của sự bùng phát bệnh là gì? _____

Nếu nguyên nhân là một trong sáu mầm bệnh được nhắc đến dưới đây, việc phơi nhiễm đối với mầm bệnh đáp ứng điều kiện nào sau đây?

a. Norovirus (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 48 giờ) CÓ KHÔNG

b. Độc tố Shiga sản sinh *E.coli* (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 3 ngày vừa qua) CÓ KHÔNG

c. Virus Viêm gan A (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 30 ngày vừa qua) CÓ KHÔNG

d. Sốt thương hàn (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 14 ngày vừa qua) CÓ KHÔNG

e. Nhiễm khuẩn *Shigella* (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 3 ngày vừa qua) CÓ KHÔNG

f. Nhiễm khuẩn *Salmonella* (lần phơi nhiễm cuối trong vòng 3 ngày vừa qua) CÓ KHÔNG

3. Bạn có sống cùng hộ cư trú với người bị chẩn đoán nhiễm Norovirus, bệnh do độc tố Shiga sản sinh *E.coli*, Viêm gan A, sốt thương hàn, nhiễm khuẩn *Shigella*, hoặc nhiễm khuẩn *Salmonella*? CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, ngày phát bệnh _____

4. Bạn có thành viên nào trong cùng hộ gia đình đã tham dự hoặc làm việc trong bối cảnh xác nhận có sự bùng phát của bệnh do Norovirus, bệnh do độc tố Shiga sản sinh *E.coli*, Viêm gan A, sốt thương hàn, nhiễm khuẩn *Shigella*, hoặc nhiễm khuẩn *Salmonella*? CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, ngày phát bệnh _____

Tên, địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ hoặc người theo dõi chăm sóc sức khỏe của bạn:

Tên _____

Địa chỉ _____

Điện thoại Ban ngày: _____ Ban đêm: _____



GIAO ƯỚC BÁO CÁO CỦA NHÂN VIÊN THỰC PHẨM VÀ NHÂN VIÊN THỰC PHẨM THỜI VỤ

Mục đích bản giao ước này nhằm nêu rõ cho nhân viên thực phẩm và nhân viên thực phẩm thời vụ về nhiệm vụ của họ trong việc thông báo với người chịu trách nhiệm về tình trạng trong quá khứ hoặc hiện tại được nhắc đến, để người chịu trách nhiệm có thể tiến hành những bước hợp lý ngăn chặn bệnh lây qua đường thực phẩm.

TÔI ĐỒNG Ý BÁO CÁO ĐẾN NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM:

Bất kỳ dấu hiệu khởi phát của những triệu chứng sau đây, bất kể tại nơi làm việc hoặc bên ngoài nơi làm việc, bao gồm ngày phát triệu chứng:

1. Tiêu chảy
2. Nôn ói
3. Vàng da
4. Đau họng kèm sốt
5. Vết thương hoặc vết cắt hở bị nhiễm trùng và khoét sâu, hoặc những thương tổn mưng mủ trên bàn tay, cổ tay, phần cơ thể phơi ra ngoài hoặc những phần cơ thể khác nhưng vết thương, vết cắt hoặc tổn thương không được che đúng cách (chẳng hạn như vết bồng và nhiễm trùng, bất kể lớn nhỏ)

CHẨN ĐOÁN Y TẾ TRONG TƯƠNG LAI

Bất kỳ lúc nào bị chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến Norovirus, bệnh do độc tố Shiga sản sinh E.coli, Viêm gan A, sốt thương hàn, nhiễm khuẩn Shigella, hoặc nhiễm khuẩn Salmonella?

PHƠI NHIỄM VỚI MÀM BỆNH LÂY LAN QUA ĐƯỜNG THỨC ĂN TRONG TƯƠNG LAI

1. Phơi nhiễm hoặc có nghi vấn gây ra bất kỳ cơn bùng phát đã được xác nhận liên quan đến Norovirus, bệnh do độc tố Shiga sản sinh E.coli, Viêm gan A, sốt thương hàn, nhiễm khuẩn Shigella, hoặc nhiễm khuẩn Salmonella.
2. Một thành viên trong cùng hộ cư trú bị chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến Norovirus, bệnh do độc tố Shiga sản sinh E.coli, Viêm gan A, sốt thương hàn, nhiễm khuẩn Shigella, hoặc nhiễm khuẩn Salmonella.
3. Một thành viên trong cùng hộ cư trú tham dự hoặc làm việc trong bối cảnh xác nhận có sự bùng phát của căn bệnh liên quan đến Norovirus, bệnh do độc tố Shiga sản sinh E.coli, Viêm gan A, sốt thương hàn, nhiễm khuẩn Shigella, hoặc nhiễm khuẩn Salmonella

Tôi đã đọc (hoặc đã được giải thích) và hiểu rõ những yêu cầu liên quan đến trách nhiệm của tôi, thuộc Quy định Thực phẩm Tiểu bang Delaware và bản giao ước này, và đồng ý thực hiện:

1. Báo cáo theo những yêu cầu đã nêu trên, liên quan đến triệu chứng, chẩn đoán và phơi nhiễm đã nêu
2. Những hạn chế hoặc cản trở trong công việc áp đặt lên tôi
3. Tác phong vệ sinh tốt

Tôi hiểu rõ rằng việc vi phạm những điều khoản trong giao ước này có thể dẫn đến những động thái từ cơ sở thực phẩm hoặc giới chức quản lý, mà động thái đó sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng việc làm hoặc liên quan đến việc khởi tố tôi.

Chữ ký Nhân viên Thực phẩm Thời vụ _____ Date _____

Chữ ký Nhân viên Thực phẩm _____ Date _____

Chữ ký của Người giữ Giấy phép hoặc Đại diện _____ Date _____