

表
1-A

食品从业人员和准从业人员审查

防止因感染诸如病毒、伤寒沙门氏菌 (*S. Typhi*)、志贺氏菌、志贺产毒大肠杆菌 (*STEC*)、非伤寒沙门氏菌或甲型肝炎病毒而患病的食品从业人员或准食品从业人员通过食物传播疾病

此次审查的目的是告知食品从业人员和准从业人员将所描述的过往和目前状况知会负责人，以便负责人可以采取适当措施阻止食源性食品的传播。

准从业人员姓名（打印） _____ 食

品从业人员姓名（打印） _____

地址 _____
电话 白天： _____ 晚上： _____
日期 _____

您是否有以下任何症状？（圈出一项）

如果“是”，注明症状
出现的日期

腹泻？

是/否 _____

呕吐？

是/否 _____

黄疸？

是/否 _____

喉咙发烧疼痛？

是/否 _____

或
者

感染的切口或伤口敞开且有排泄物流出，或者手部、手腕、身体暴露部位或其他部位的损伤处化脓，且未适当包扎切口、伤口或损伤部位？

（例如：脓肿和感染的伤口，无论多小）

是/否

过去：

是否被诊断过出现伤寒症 (*S. Typhi*)

是/否 是

如果有，诊断日期是何时？ _____

过去 3 个月中，是否因伤寒沙门氏菌服用过抗生素？

/ 否 是 /

如果有，服用了多少天？ _____

如果有服用抗生素，最后是否完成了处方？ _____

否

接触记录：

1. 您最近是否被怀疑导致经确认的食源性疾病爆发，或者周围是否爆发经确认的食源性疾病？ 是 / 否

如果“是”，注明爆发日期： _____

a. 如果“是”，导致疾病爆发的诱因是什么？其是否符合以下标准？

诱因：

i. 诺如病毒（过去 48 小时内最后一次接触）

疾病爆发日期 _____

ii. 大肠杆菌 O157:H7 型感染（过去 3 天内最后一次接触）

疾病爆发日期 _____

iii. . 甲型肝炎病毒（过去 30 天内最后一次接触）

疾病爆发日期 _____

iv. 伤寒（过去 14 天内最后一次接触）

疾病爆发日期 _____

v. 志贺氏菌（过去 3 天内最后一次接触）

疾病爆发日期 _____

—

- b. 如果“是”，您是否：
- i. 食用过与疾病爆发相关的食物？_____
 - ii. 在曾引起疾病爆发的食品企业工作？_____
 - iii. _____ 在
病患组织的活动上吃东西？_____

2. 您是否曾在最近确认爆发
过疾病的场所参加活动或工作？ _____ 是/否

如果是，确认疾病爆发的原因是什么？ _____

如果是以下五种病原体之一所引起，与病原体的接触是否符合下列标准？

- a. 诺如病毒（过去 48 小时内最后一次接触） _____ 是/否
- b. 大肠杆菌 0157:H7 型或其他 STEC（过去 3 天
内最后一次接触） _____ 是/否 是
- c. 志贺氏菌（过去 3 天内最后一次接触） _____ / 否 是/
- d. 伤寒沙门氏菌（过去 14 天内最后一次接触） _____ 否 是/否
- e. 甲型肝炎病毒（过去 30 天内最后一次接触） _____

您的家中是否有人被诊断为感染诺如病毒、志贺氏菌、伤寒症、甲型肝炎，或者罹患大肠杆菌 0157:H7 型或其他 STEC 引起的疾病？
_____ 是/否 病症出现日期 _____

3. 您的家中是否有人到确认爆发诺如病毒、伤寒症、志贺氏菌、STEC 感染或甲型肝炎疾病的场所参加活动或工作？
_____ 是/否 病症出现日期 _____

您的健康护理人员或医生的姓名、地址和电话号码：

姓名 - - - - -

地址 - - - - -

电话 - 白天： _____ 晚间： _____

准食品从业人员签名 _____ 日期 _____

食品从业人员签名 _____ 日期 _____

许可证持有人或代表签名 _____ 日期 _____

表
1-B

食品从业人员或准食品从业人员报告协议

防止因感染诺如病毒、伤寒沙门氏菌、志贺氏菌、或志贺产毒大肠杆菌 (STEC)、非伤寒沙门氏菌或甲型肝炎病毒而患病的食品从业人员或准食品从业人员通过食物传播疾病

此协议的目的是告知食品从业人员或准食品从业人员他们肩负的职责，即他们有责任在出现上述任何状况时立即知会负责人，以便负责人可以采取适当措施阻止食源性疾病的传播。

我同意向负责人汇报：

出现的以下任何症状，无论是在工作中还是工作时间之外，包括病症出现的日期：

1. 腹泻
2. 呕吐
3. 黄疸
4. 喉咙发烧疼痛
5. 切口或伤口感染，或者手部、手腕、身体暴露部位或其他部位的损伤处化脓，且未适当包扎切口、伤口或损伤部位（比如脓肿或感染的伤口，无论多小）

未来的医疗诊断：

无论何时被诊断为感染诺如病毒、伤寒症（伤寒沙门氏菌）、志贺氏菌（志贺氏菌感染）、大肠杆菌 0157:H7 型或其他 STEC、非伤寒沙门氏菌或者甲型肝炎（甲型肝炎病毒感染）

未来接触食源性病原体：

1. 周围爆发因以下病原体导致的确认疾病，或者怀疑引发以下病原体导致的确认疾病：诺如病毒、伤寒症、志贺氏菌、大肠杆菌 0157:H7 型或其他 STEC，或者甲型肝炎。
2. 有家庭成员被诊断为感染诺如病毒、伤寒、志贺氏菌，罹患由 STEC 引起的疾病或者甲型肝炎。
3. 有家庭成员到确认爆发诺如病毒、伤寒症、志贺氏菌、大肠杆菌 0157:H7 型或其他 STEC 感染，或者甲型肝炎疾病的场所参加活动或工作？

我已阅读（或得到清楚解释）并理解根据食品准则和本协议履行工作职责的要求，将严格遵守：

1. 上文所指定之关于指定症状、诊断和接触的报告要求；
2. 适用于我的工作限制或排除规定；
3. 良好的卫生规范。

我明白，不遵守本协议条款可能会导致餐饮企业或食品监管机构采取行动，可能会危及我的工作，并且可能会对我采取法律行动。

准从业人员姓名（请打印）_____

准从业人员签名_____ 日期_____

食品从业人员姓名（请打印）_____

食品从业人员签名_____ 日期_____

许可证持有人或代表签名_____ 日期_____