

# 食品員工報告協議

## 6 CCR 1010-2 (2-2)

本協議旨在確保在經歷以下情況時，食品服務員工會主動向主管人員報告。主管人員應根據《科羅拉多零售食品廠規則和條例》中第 2-2 節員工健康之規定，採取合理的措施以防止食源性疾病的傳播。

本人同意在遇到以下之情況時向主管人員報告：

- 症狀包括：
  - 腹瀉
  - 嘔吐
  - 黃疸
  - 咽喉疼痛伴有發燒
  - 手部、腕部或任何暴露在外身體部位的化膿病變，如瘡以及傷口感染，無論傷口有多小
  - 持續咳嗽、打噴嚏或流鼻涕導致眼睛、鼻子或口腔排出分泌物
- 醫療診斷：
  - 患有傷寒（傷寒沙門氏菌：Salmonella Typhi）
    - 即使在過去三個月內已確診患有此病
  - 志賀氏菌病（志賀氏桿菌氏桿菌：Shigella spp.）
  - 腸出血性大腸埃希桿菌感染或產志賀樣產毒的大腸埃希桿菌感染 (E. coli o157:H7)
  - 甲型肝炎病毒
  - 諾瓦克病毒
  - 其他腸細菌病原體如沙門氏菌或彎曲桿菌
- 高風險情形：
  - 暴露於或疑似引起任何已確認的傷寒症、沙門氏菌病、E. coli O157:H7 感染、諾瓦克病毒或甲型肝炎病毒。
  - 與確診患有傷寒症、沙門氏菌病、E. coli O157:H7 疾病、感染諾瓦克病毒或甲型肝炎病毒的家庭成員接觸。

本人已閱讀並瞭解本人有責任遵守：

- 報告上述任何病症、症狀或醫療診斷結果。
- 工作限制或排除責任會強加於本人，以防止食源性疾病的傳播。
- 良好的衛生規範（如：使用衛生間後要洗手；進入廚房之前要洗手；觸摸面部、頭髮等部位時要洗手；以及手部可能不潔淨時要洗手；最好在處理即食食品時使用手套）。

我瞭解未遵守本協議的條款會受到食品機構或 Boulder County Public Health 的處罰。

申請人或食品員工的姓名（請用印刷體） \_\_\_\_\_

申請人或食品員工的簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

經理或老闆的簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_