



TEXAS
Health and Human
Services

قسم حماية المستهلك
قسم السياسات والمعايير وضمان الجودة وحدة الصحة العامة وسلامة الأغذية في قطاع
التجزئة

**Texas Department of State
Health Services**

النماذج المعتمدة لمجموعة الصحة العامة وسلامة الأغذية في قطاع التجزئة

النموذج: رقم 1-ب - اتفاقية الإبلاغ الخاصة بالموظف المشروط وموظف تداول الأغذية

القسم المعمول به من لوائح منشآت الأغذية في تكساس (TFER): §228.35

النموذج اتفاقية الإبلاغ الخاصة بالموظف المشروط وموظف تداول الأغذية
1-ب

منع انتقال الأمراض المنقولة بالغذاء من خلال موظفي تداول الأغذية المصابين أو

الموظفين المشروطين مع التركيز على الأمراض الناتجة عن نوروفيروس، السالمونيلا
التيفي، أنواع الشيغيلا والإشريكية القولونية النزفية المعوية أو المنتجة لسموم الشيغا
الإشريكية القولونية المنتجة لسموم الشيغا، والسالمونيلا غير التيفية، أو فيروس التهاب الكبد A

الغرض من هذه الاتفاقية هو إبلاغ الموظفين المشروطين أو موظفي تداول الأغذية بمسؤوليتهم في إخطار الشخص المسؤول عند تعرضهم لأي
من الحالات المذكورة، حتى يتمكن الشخص المسؤول من اتخاذ الخطوات المناسبة لمنع انتقال الأمراض المنقولة بالغذاء.

أوافق على إبلاغ الشخص المسؤول بما يلي:

ظهور أي من الأعراض التالية، سواء أثناء العمل أو خارجه، مع تضمين تاريخ بدء ظهورها:

1. الإسهال
2. القيء
3. الصفار
4. التهاب الحلق المصحوب بحمى
5. الجروح المصابة بالعدوى، أو الآفات المحتوية على صديد في اليد أو المعصم أو أي جزء مكشوف من الجسم أو أي جزء آخر من الجسم، إذا لم تكن هذه الجروح أو الإصابات أو الآفات مغطاة بشكل صحيح (مثل الدمايل والجروح المصابة بالعدوى مهما كان حجمها صغيراً).

التشخيص الطبي المستقبلي:

في حال شُخصت الإصابة بأي من الأمراض التالية: نوروفيروس، أو الحمى التيفية (السالمونيلا/التيفية) أو داء الشيغيلا (أو عدوى الشيغيلا) أو الإشريكية القولونية O157:H7 أو عدوى الإشريكية القولونية النزفية المعوية أو الإشريكية القولونية المنتجة لسموم الشيغا أو السالمونيلا غير التيفية أو التهاب الكبد A (عدوى فيروس التهاب الكبد A)

وحدة الصحة العامة وسلامة الأغذية في قطاع التجزئة • صندوق بريد 149347، رمز البريد 1987 • أوستن، تكساس 9347-78714

• فاكس: (512) 6753-834 (512) 6683-834 • <http://www.dshs.texas.gov/foodestablishments>

التعرض المستقبلي لمسببات الأمراض المنقولة بالغذاء:

1. التعرض أو الاشتباه في التسبب بأي تفشٍ مؤكد للأمراض التالية: نوروفيروس أو الحمى التيفية (*السالمونيلا التيفية*) أو داء الشيغيلا *الإشريكية القولونية* O157:H7 أو أي عدوى أخرى من نوع *الإشريكية القولونية* النزفية المعوية أو *الإشريكية القولونية* المنتجة لسموم الشيغا أو *السالمونيلا* غير التيفية أو التهاب الكبد A.

2. أحد أفراد الأسرة الذي شُخصت إصابته بنوروفيروس، أو الحمى التيفية (*السالمونيلا التيفية*) أو داء الشيغيلا أو مرض ناتج عن *الإشريكية القولونية* النزفية المعوية أو *الإشريكية القولونية* المنتجة لسموم الشيغا أو *السالمونيلا* غير التيفية أو التهاب الكبد A.

3. مشاركة أحد أفراد الأسرة في بيئة عمل أو دراسة يحدث فيها تفشٍ مؤكد لأحد الأمراض التالية: نوروفيروس، أو الحمى التيفية (*السالمونيلا التيفية*) أو داء الشيغيلا *الإشريكية القولونية* O157:H7 أو أي عدوى أخرى من نوع *الإشريكية القولونية* النزفية المعوية أو *الإشريكية القولونية* المنتجة لسموم الشيغا أو *السالمونيلا* غير التيفية أو التهاب الكبد A.

لقد قرأت (أو شُرحت لي) وفهمت المتطلبات المتعلقة بمسؤولياتي بموجب لوائح منشآت الأغذية في ولاية تكساس وهذه الاتفاقية، وأوافق على الالتزام بـ:

1. متطلبات الإبلاغ المحددة أعلاه والمتعلقة بالأعراض والتشخيصات والتعرض المذكور؛
2. القيود أو الاستثناءات المتعلقة بالعمل التي تُفرض عليّ؛ و
3. الممارسات الصحية السليمة.

أفهم أن عدم التزامي بشروط هذه الاتفاقية قد يؤدي إلى أن تتخذ منشأة الغذاء أو الجهة الرقابية المختصة بالأغذية إجراءات قد تعرض استمرارية عملي للخطر، وقد تشمل إجراءات قانونية ضدي.

اسم الموظف المشروط (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

توقيع الموظف المشروط: _____ التاريخ _____

اسم موظف تداول الأغذية (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

توقيع موظف تداول الأغذية: _____ التاريخ _____

توقيع صاحب التصريح أو الممثل عنه: _____ التاريخ _____