



TEXAS

Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Phòng Bảo Vệ Người Tiêu Dùng
Bộ Phận Chính Sách, Tiêu Chuẩn và Đảm Bảo Chất Lượng
Đơn Vị Vệ Sinh Công Cộng và An Toàn Thực Phẩm Bán Lẻ

BỘ MẪU ĐƠN THAM KHẢO CỦA NHÓM VỆ SINH CÔNG CỘNG VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM BÁN LẺ

Mẫu đơn: Số 1-B – Thỏa Thuận Báo Cáo Dành Cho Nhân Viên Làm Việc Có Điều Kiện và Nhân Viên Thực Phẩm

Điều khoản áp dụng theo Quy Định Về Cơ Sở Thực Phẩm Texas (TFER, Texas Food Establishment Rules) Mục: §228.35

MẪU ĐƠN 1-B Thỏa Thuận Báo Cáo Dành Cho Nhân Viên Làm Việc Có Điều Kiện và Nhân Viên Thực Phẩm

Phòng Ngừa Lây Nhiễm Bệnh Qua Đường Thực Phẩm Từ Nhân Viên Thực Phẩm hoặc

Nhân Viên Làm Việc Có Điều Kiện đang bị nhiễm bệnh, Đặc Biệt là các bệnh do Norovirus, *Salmonella Typhi*, *Shigella spp.*, *Escherichia coli* gây xuất huyết ruột (EHEC) hoặc *Escherichia coli* sản sinh độc tố Shiga (STEC), *Salmonella* không gây thương hàn hoặc vi-rút viêm gan A gây ra

Mục đích của thỏa thuận này là thông báo cho nhân viên làm việc có điều kiện hoặc nhân viên thực phẩm về trách nhiệm phải thông báo cho người phụ trách khi gặp bất kỳ tình trạng nào được liệt kê dưới đây, để người phụ trách có thể thực hiện các biện pháp thích hợp nhằm ngăn ngừa sự lây truyền bệnh do thực phẩm.

TÔI ĐỒNG Ý BÁO CÁO CHO NGƯỜI PHỤ TRÁCH:

Bất Kỳ Triệu Chứng Nào Sau Đây Khi Xuất Hiện, Dù Trong Hay Ngoài Giờ Làm Việc, Bao Gồm Cả Ngày Bắt Đầu Xuất Hiện:

1. Tiêu chảy
2. Nôn mửa
3. Vàng da
4. Đau họng kèm theo sốt
5. Vết cắt, vết thương hoặc tổn thương có mủ trên bàn tay, cổ tay, bộ phận cơ thể lộ ra ngoài hoặc bất kỳ bộ phận nào khác và các vết cắt, vết thương hoặc tổn thương không được che chắn đúng cách (ví dụ như mụn nhọt hoặc vết thương nhiễm trùng, dù rất nhỏ).

Chẩn Đoán Y Tế Trong Tương Lai:

Bất cứ khi nào được chẩn đoán mắc bệnh Norovirus, sốt thương hàn (*Salmonella Typhi*), bệnh lỵ (*nhiễm Shigella spp.*), nhiễm *Escherichia coli* O157:H7 hoặc các chủng EHEC/STEC khác, nhiễm *Salmonella* không gây thương hàn hoặc viêm gan A (nhiễm vi-rút viêm gan A)

Tiếp Xúc Với Các Tác Nhân Gây Bệnh Qua Đường Thực Phẩm Trong Tương Lai:

1. Đã tiếp xúc với hoặc bị nghi ngờ là nguồn gây ra bất kỳ đợt bùng phát bệnh nào đã được xác nhận liên quan đến Norovirus, sốt thương hàn (*Salmonella Typhi*), bệnh lỵ (Shigellosis), nhiễm *E. coli* O157:H7 hoặc các chủng EHEC/STEC khác, nhiễm *Salmonella* không gây thương hàn hoặc viêm gan A.
2. Một thành viên trong hộ gia đình được chẩn đoán mắc Norovirus, sốt thương hàn (*Salmonella typhi*), bệnh lỵ, nhiễm EHEC/STEC, *Salmonella* không gây thương hàn hoặc viêm gan A.
3. Một thành viên trong hộ gia đình đang học tập hoặc làm việc tại một nơi đang xảy ra đợt bùng phát bệnh đã được xác nhận do Norovirus, sốt thương hàn (*Salmonella typhi*), bệnh lỵ, *nhiễm E. coli* O157:H7 hoặc các chủng EHEC/STEC khác, nhiễm *Salmonella* không gây thương hàn hoặc viêm gan A.

Tôi đã đọc (hoặc đã được giải thích) và hiểu rõ các yêu cầu liên quan đến trách nhiệm của mình theo Quy Định Về Cơ Sở Thực Phẩm Texas và theo thỏa thuận này, bao gồm việc tuân thủ:

1. Các yêu cầu báo cáo được nêu ở trên liên quan đến các triệu chứng, chẩn đoán bệnh và tình trạng tiếp xúc nguồn bệnh cụ thể;
2. Các hạn chế làm việc hoặc lệnh tạm thời không cho phép làm việc được áp dụng đối với tôi; và
3. Thực hành vệ sinh tốt.

Tôi hiểu rằng việc không tuân thủ các điều khoản trong thỏa thuận này có thể dẫn đến các biện pháp xử lý từ phía cơ sở thực phẩm hoặc cơ quan quản lý thực phẩm, điều này có thể gây ảnh hưởng trực tiếp đến công việc của tôi và có thể dẫn đến các hành động pháp lý chống lại tôi.

Tên Nhân Viên Làm Việc Có Điều Kiện (viết hoa): _____

Chữ ký của Nhân Viên Làm Việc Có Điều Kiện: _____ Ngày _____

Tên Nhân Viên Thực Phẩm (viết hoa): _____

Chữ ký của Nhân Viên Thực Phẩm: _____ Ngày _____

Chữ ký của Chủ Giấy Phép hoặc Người Đại Diện: _____ Ngày _____