

## اتفاق التبليغ الخاص بموظفي المؤسسات الغذائية لمنع انتقال الأمراض عن طريق الغذاء على يد موظفي المؤسسات الغذائية

إن الغرض من هذا الاتفاق هو للتأكد من قيام موظفي المؤسسات الغذائية والموظفين الذين يعملون بشروط معينة بإبلاغ الشخص المسؤول عندما يشعرون بأي من الحالات المُدرجة أدناه لكي يتمكن الشخص المسؤول من اتخاذ الخطوات المناسبة لمنع تفشي الأمراض التي تنتقل من خلال الغذاء.

أوافق على تبليغ الشخص المسؤول عن:

أ. الاعراض التالية:

الاسهال، والتقيؤ، واليرقان (أبو صفار)، والتهاب الحلق مع الخُمى، والإصابات التي تحتوي على القيح في اليد أو المعصم أو أي عضو من الجسم يكون مكشوفاً (مثل الدمّل والجروح المُلتهبة، حتى لو كانت صغيرة).

ب. التشخيص الطبي الذي ينطوي على الأمراض التالية:

النوروفيروس، وبكتيريا الشيكا إيكولاي التي تنتج السموم (shiga toxin-producing *E. coli*)، وبكتيريا السالمونيلا المسببة للتيفوئيد (حمى التيفوئيد)، والتشيجيئة المسببة للأسهال (*Shigella spp*)، وبكتيريا السالمونيلا التي لا تُسبب التيفوئيد، والتهاب الكبد الفيروسي من نوع أ، بالإضافة إلى الأمراض الأخرى التي قد تنتقل من خلال الطعام وذلك وفقاً للفقرة 300.000 من قانون لوائح ولاية ماساتشوستس رقم 105. وللمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال ببرنامج حماية الأغذية على الرقم (617-983-6712)، أو البرنامج المختص بعلم الأوبئة على الرقم (617-983-6800).

ج. التشخيص الطبي السابق للأمراض المُدرجة أعلاه:

هل سبق وتم تشخيصك بواحد من الأمراض المُدرجة أعلاه؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ التشخيص؟

د. الحالات الخطرة جداً:

- التعرض أو الاشتباه في التسبب بتفشي الأمراض المُدرجة في القسم (ب) أعلاه بشكل أكيد.
- تشخيص أحد أفراد المنزل بالأمراض المُدرجة في القسم (ب) أعلاه.
- تواجد أو عمل أحد أفراد المنزل في مكان تقشي فيه أحد الأمراض المُدرجة في القسم (ب) أعلاه بشكل مؤكد.

لقد قرأتُ (أو قد تم شرح التفاصيل لي) وفهمتُ المتطلبات التي تتعلق بمسؤولياتي بموجب قانون الأغذية رقم 590/2013 التابع لقانون لوائح ولاية ماساتشوستس رقم 105، وبموجب هذا الاتفاق وذلك للامتثال لمتطلبات الإبلاغ المُحددة أعلاه والتي تتعلق بالأعراض والتشخيصات والحالات ذات الخطورة العالية التي تم تحديدها. وأنا أفهم أيضاً أنه لو تعرضتُ للإصابة بواحد من الاعراض أو الحالات الخطرة أعلاه، أو إذا تم تشخيصي على أي مصاب بواحد من الأمراض أعلاه، فإنه قد يتم الطلب مني بأن أغير وظيفتي أو ان اتوقف عن العمل بشكل تام حتى يتم مُعالجة مثل هذه الاعراض أو المرض.

وأنا أفهم أن عدم الامتثال لشروط هذا الاتفاق قد يؤدي إلى اتخاذ إجراءات من قبل المؤسسة الغذائية أو السلطة التنظيمية المتخصصة بالأغذية من شأنها أن تعرض وظيفتي للخطر وقد ينطوي ذلك على اتخاذ اجراء قانوني ضد.

اسم موظف المؤسسة الغذائية أو الموظف الذي يعمل بشرط معين (يرجى كتابة الاسم)

توقيع الشخص المذكور اسمه أعلاه التاريخ

توقيع حامل الرخصة أو مُمثل الرخصة التاريخ

تم توفير التمويل الخاص بهذه الترجمة من خلال منحة تعاونية من إدارة الأغذية والدواء لمدينة ميلروز في ولاية ماساتشوستس. إن هذه الوثيقة هي استثمار نموذجية أعدها قسم الصحة العامة في ولاية ماساتشوستس وقدمها كوسيلة لتسئلمها المؤسسات الصناعية للمساعدة على الامتثال للقسم ( 590.002 ج ) من قنون لوائح ولاية ماساتشوستس رقم 105 ، والقانون الفيدرالي للأغذية رقم 201.11-2. وإن استعمال هذه الاستثمار طوعي ولا تشترطه لوائح الولاية. تم التنقيح في: أكتوبر/ تشرين الثاني، 2018.