食品工人如果有食源性疾病的症状、诊断或接触，则必须向负责人报告。书面日志是大多数食品机构的推荐工具，但对于拥有经批准的裸手接触即食食品计划的食品机构来说，则需要书面日志[依据 Washington Administrative Code （WAC，华盛顿州行政法规） 246-215-03300(5)(c)(i) 的要求]。如果需要，该日志必须至少保存 90 天。

工具包：食品员工疾病日志

* **员工必须将任何食源性疾病的症状、疾病或接触情况向负责人予以通知。**
* **症状**：腹泻、呕吐、喉咙疼痛且发烧、黄疸、或有炎症的病变
* **诊断出的疾病**：沙门氏菌、志贺氏菌、产志贺毒素的大肠杆菌、甲型肝炎病毒、诺如病毒
* **接触**：服务于高度易感人群并接触食源性疾病或疫情的工人。
* **被诊断患有疾病或黄疸疾病的员工，在获得卫生部门的批准之前，不得工作。**

为高度易感人群服务的工人在接触食源性疾病后，也必须获得批准才可以返回工作岗位。

* **发生腹泻或呕吐的员工，在症状停止后至少 24 小时内不得工作。**
* 伴有发烧的喉咙疼痛或无遮盖发炎病灶的工人，不得处理干净的餐具或   
  未包装的食物。
* 为高度易感人群服务的工人，如果接触到疫情或被诊断为食源性疾病的人员，不得在发烧的情况下工作，也不得处理干净的餐具或未包装的食物。
* **如果员工出现以下情况，则负责人必须通知卫生部门：**

*沙门氏菌 ● 志贺氏菌 ●* 产志贺毒素的*大肠杆菌 ●* 甲型肝炎病毒 ● 诺如病毒 ● 黄疸症

* **如果顾客报告有潜在的疾病，则负责人需要通知卫生部门。**

**卫生部门的联系信息：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报告**  **日期** | **员工姓名** 或用于维护个人信息的独特标识符 | **向负责人报告的症状** | | | | | | | **向卫生部门报告** | **备注** |
| 呕吐\* | 腹泻\* | 发烧 | 其他 | | **日期和时间** | | 通知卫生部门关于黄疸、诊断、顾客疾病的相关情况\*\*。  或在接触后返回\*\*\* |
| 离开工作岗位 | 返回 |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |

|  |
| --- |
| \* 有活动性呕吐和腹泻的工人，在症状消失后至少 24 小时内不得返回工作岗位。 |
| \*\* 如果员工患有黄疸病、被诊断为食源性疾病，或有顾客报告疾病，请通知卫生部门。 |
| \*\*\* 在为高度易感人群服务的设施（如老年中心和疗养院）工作且接触食源性疾病的食品工人，在进行处理未包装的食品或清洁餐具 工作之前，必须经过卫生部门的审批。 |

食品工人如果有食源性疾病的症状、诊断或接触，则必须向负责人报告。书面日志是大多数食品机构的推荐工具，但对于拥有经批准的裸手接触即食食品计划的食品机构来说，则需要书面日志[依据 Washington Administrative Code （WAC，华盛顿州行政法规） 246-215-03300(5)(c)(i) 的要求]。如果需要，该日志必须至少保存 90 天。

**工具包：员工疾病日志**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报告**  **日期** | **员工姓名** 或用于维护个人信息的独特标识符 | **向负责人报告的症状** | | | | | | | **向卫生部门报告** | **备注** |
| 呕吐\* | 腹泻\* | 发烧 | 其他 | | **日期和时间** | | 通知卫生部门关于黄疸、诊断、顾客疾病的相关情况\*\*。  或在接触后返回\*\*\* |
| 离开工作岗位 | 返回 |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |

|  |
| --- |
| \* 有活动性呕吐和腹泻的工人，在症状消失后至少 24 小时内不得返回工作岗位。 |
| \*\* 如果员工患有黄疸病、被诊断为食源性疾病，或有顾客报告疾病，请通知卫生部门。 |
| \*\*\* 在为高度易感人群服务的设施（如老年中心和疗养院）工作且接触食源性疾病的食品工人，在进行处理未包装的食品或清洁餐具工作之前，必须经过卫生部门的审批。 |

如欲索取本文件的其他版本格式，请致电 1-800-525-0127。耳聋或重听人士请拨 711 (Washington Relay)   
或发送电子邮件至 [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)。