食品工人如果有食源性疾病的症狀、診斷或接觸，則必須向負責人報告。書面日誌是大多數食品機構的推薦工具，但對於擁有經批准的裸手接觸即食食品計劃的食品機構來說，則需要書面日誌[依據 Washington Administrative Code （WAC，華盛頓州行政法規） 246-215-03300(5)(c)(i) 的要求]。如果需要，該日誌必須至少保存 90 天。

工具包：食品員工疾病日誌

* **員工必須將任何食源性疾病的症狀、疾病或接觸情況向負責人予以通知。**
* **症狀**：腹瀉、嘔吐、喉嚨疼痛且發燒、黃疸、或有炎症的病變
* **診斷出的疾病**：沙門氏菌、志賀氏菌、產志賀毒素的大腸桿菌、甲型肝炎病毒、諾如病毒
* **接觸：**服務于高度易感人群並接觸食源性疾病或疫情的工人。
* **被診斷患有疾病或黃疸疾病的員工，在獲得衛生部門的批准之前，不得工作。**

為高度易感人群服務的工人在接觸食源性疾病後，也必須獲得批准才可以返回工作崗位。

* **發生腹瀉或嘔吐的員工，在症狀停止後至少 24 小時內不得工作。**
* 伴有發燒的喉嚨疼痛或無遮蓋發炎病灶的工人，不得處理乾淨的餐具或   
  未包裝的食物。
* 為高度易感人群服務的工人，如果接觸到疫情或被診斷為食源性疾病的人員，不得在發燒的情況下工作，也不得處理乾淨的餐具或未包裝的食物。jajaaa
* **如果員工出現以下情況，則負責人必須通知衛生部門：**

*沙門氏菌 ● 志賀氏菌* ● 產志賀毒素的*大腸桿菌* ● 甲型肝炎病毒 ● 諾如病毒 ● 黃疸症

* **如果顧客報告有潛在的疾病，則負責人需要通知衛生部門。**

**衛生部門的聯絡資訊：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **報告**  **日期** | **員工姓名** 或用於維護個人資訊的獨特標識符 | **向負責人報告的症狀** | | | | | | | **向衛生部門報告** | **備註** |
| 嘔吐\* | 腹瀉\* | 發燒 | 其他 | | **日期和時間** | | 通知衛生部門關於黃疸、診斷、顧客疾病的相關情況\*\*  或在接觸後返回\*\*\* |
| 離開工作崗位 | 返回 |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |

|  |
| --- |
| \* 有活動性嘔吐和腹瀉的工人，在症狀消失後至少 24 小時內不得返回工作崗位。 |
| \*\* 如果員工患有黃疸病、被診斷為食源性疾病，或有顧客報告疾病，請通知衛生部門。 |
| \*\*\* 在為高度易感人群服務的設施（如老年中心和療養院）工作且接觸食源性疾病的食品工人，在進行處理未包裝的食品或清潔餐具工作之前，必須經過衛生部門的審批。 |

食品工人如果有食源性疾病的症狀、診斷或接觸，則必須向負責人報告。書面日誌是大多數食品機構的推薦工具，但對於擁有經批准的裸手接觸即食食品計劃的食品機構來說，則需要書面日誌[依據 Washington Administrative Code （WAC，華盛頓州行政法規） 246-215-03300(5)(c)(i) 的要求]。如果需要，該日誌必須至少保存 90 天。

**工具包：員工疾病日誌**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **報告**  **日期** | **員工姓名** 或用於維護個人資訊的獨特標識符 | **向負責人報告的症狀** | | | | | | | **向衛生部門報告** | **備註** |
| 嘔吐\* | 腹瀉\* | 發燒 | 其他 | | **日期和時間** | | 通知衛生部門關於黃疸、診斷、顧客疾病的相關情況\*\*  或在接觸後返回\*\*\* |
| 離開工作崗位 | 返回 |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |
|  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 |  |  | 🞏 |  |

|  |
| --- |
| \* 有活動性嘔吐和腹瀉的工人，在症狀消失後至少 24 小時內不得返回工作崗位。 |
| \*\* 如果員工患有黃疸病、被診斷為食源性疾病，或有顧客報告疾病，請通知衛生部門。 |
| \*\*\* 在為高度易感人群服務的設施（如老年中心和療養院）工作且接觸食源性疾病的食品工人，在進行處理未包裝的食品或清潔餐具工作之前，必須經過衛生部門的審批。 |

如需獲取本文件的其他格式，請致電 1-800-525-0127。聽障或聽不清的客戶，請致電 711 (Washington Relay)   
或寄電子郵件至 [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)。