



समिट काउन्टी सार्वजनिक स्वास्थ्य

1867 West Market Street ♦ Akron, Ohio 44313-6901
Phone: (330) 926-5600 ♦ Toll-free: 1 (877) 687-0002 ♦ Fax: (330) 923-6436
www.scphoh.org

कर्मचारी स्वास्थ्य नीति समझौता

रिपोर्ट गर्ने: रोगको लक्षण र बिपदग्रस्त

ममा निम्न लक्षणहरू देखा पर्‍यो भने व्यवस्थापकलाई रिपोर्ट गर्ने कुरामा म सहमत छु:

- उल्टी आएमा
- झाडापखाला लागेमा
- जन्डिस लागेमा
- घाँटी दुख्ने अनि ज्वरो आएमा
- चोटपटक लागेमा/घाउ संक्रमित भएमा (कतिको छोपिएको छ, त्यसको आधारमा)

अथवा निम्न उल्लेखित कुनै पनि रोगबिमारको सम्पर्क हुन गएमा

- रिपोर्ट गर्नुपर्ने रोगबिमार फैलिएमा
- आफ्नो घरको कुनै पनि सदस्यलाई रिपोर्ट गर्नुपर्ने रोगबिमार लागेको छ भने
- कुनै पनि रोगबिमार फैलन सक्ने ठाउँमा आफ्नो घरको सदस्य उपस्थित हुन्छन् अथवा काम गर्छन् भने

रिपोर्ट गर्ने: निदान गरिएको रोगबिमार

निम्न रोग- लक्षण भएको खण्डमा व्यवस्थापकलाई रिपोर्ट गर्ने कुरामा म सहमत छु:

- कैम्पिलोबैक्टर
- क्रिप्टोस्पोरिडियम
- साइक्लोस्पोरा
- एंटअमीबा हिस्टोलिटिका
- गियोर्डिया
- हेपेटाइटिस ए भाइरस
- नोरोभाइरस
- साल्मोनेला स्पेसिज
- साल्मोनेला टाइफी
- सिगिला स्पेसिज
- भिवरियो हेजा
- यर्सिना
- एंटरहेमोरेजिक वा सिगा विष-उत्पादक एस्चेरिशिया कोलाई

नोट: यदि कुनै पनि कर्मचारीमा लक्षण देखा परेको छ भने व्यवस्थापकले सक्रिय रूपमा ती कर्मचारीलाई प्रतिबन्ध लगाउनै पर्छ अथवा निषेध गर्नेपर्छ। यदि कुनै कर्मचारीलाई चिकित्सकद्वारा माथि उल्लेखित कुनै पनि रोगबिमार पत्त लगाएको छ भने व्यवस्थापकले सक्रिय रूपमा ती कर्मचारीलाई प्रतिबन्ध लगाउनै पर्छ अथवा निषेध गर्नेपर्छ अनि लाइसेन्सरलाई (स्वास्थ्य विभाग) रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

कामको लागि फेरि फर्कने

माथि उल्लेखित कुनै पनि लक्षण र रोग तपाईंमा देखा परेकोले तपाईंलाई कामबाट प्रतिबन्ध लगाइएको छ भने लक्षण देखिन नछोडेसम्म र/वा लाइसेन्सरको (स्वास्थ्य विभाग) अनुमति नपाउन्जेलसम्म तपाईं आफ्नो काममा फर्कन पाउनुहुनेछैन।

समझौता

मैले निम्न कुरा गर्ने पर्छ भनेर मैले बुझेको छु:

- माथि उल्लेखित कुनै पनि रोगबिमार अथवा लक्षण ममा देखा परेमा अथवा त्यसको सम्पर्क हुन गएमा रिपोर्ट गर्ने; र
- काममा लगाइएका प्रतिबन्धहरू (काममा आउनको लागि अनुमति दिइएता पनि कुन कामहरू गर्न नदिइउन सक्छ) र/अथवा निषेध गरिएमा (काममा आउने अनुमति नदिइउन सक्छ) आज्ञा पालन गर्ने

यो समझौताअनुसार चलेन भने यसले आम मानिसहरूलाई जोखिममा पार्न सक्छ र मेरो कामको पनि समाप्ति हुन सक्छ भनेर मैले बुझेको छु।

खाद्य कर्मचारीको नाम _____

कर्मचारीको हस्ताक्षर _____ मिति _____

व्यवस्थापक (जिम्मेवार व्यक्ति) नाम _____

व्यवस्थापकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

