



Summit County Public Health

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

员工卫生政策协议

报告：暴露的疾病和症状

我同意如有以下症状我会向经理报告：

- 呕吐
- 腹泻
- 黄疸
- 喉咙痛并发烧
- 病变/感染伤口(视覆盖情况而定)

或者是曾接触下列任何疾病：

- 可报告的爆发性疾病
- 家庭成员中有一个可报告的疾病
- 家庭成员参与或参加控制爆发性疾病工作

报告：确诊疾病

我同意在诊断出以下情况后向经理报告：

- 弯曲杆菌
- 隐孢子虫
- 环孢子虫
- 痢疾阿米巴
- 鞭毛虫
- 甲型肝炎病毒
- 诺瓦克病毒
- 沙门氏菌
- 伤寒沙门氏菌
- 志贺氏杆菌
- 霍乱弧菌
- 耶尔森氏菌
- 肠出血型大肠埃希菌或志贺产毒大肠杆菌

注意:经理必须严格限制/隔离有症状的员工。如果员工被医生诊断患有上述任何一项疾病，经理必须严格限制/隔离员工，并向持相关执照的卫生处职员(卫生部)报告。

返回工作岗位

如果你因上述症状和/或疾病被排除在工作之外，你将无法返回工作，直到症状结束和/或持相关执照的卫生处职员(卫生部)批准。

协议

我明白我必须：

- 报告，当我曾经或已经接触到任何上述的症状或疾病；和
- 遵守工作规定(允许来上班,但职责可能有限)和/或隔离(不允许来上班)。

本人明白如不遵守本协议，可能会令公众处于危险之中，并可能导致终止协议。

员工名字 _____

员工签名 _____ 日期 _____

经理(人)名字 _____

经理签名 _____ 日期 _____