फॉर्म 1-B – विवरण : इस फॉर्म का शीर्षक है : सप्रतिबंध (कंडीशनल) कर्मचारी या खाद्य कर्मचारी द्वारा सूचना देने के लिए समझौता। यह फॉर्म सप्रतिबंध कर्मचारी या खाद्य कर्मचारी और प्रभारी के बीच एक समझौता है, जिस पर दोनो पक्षों को हस्ताक्षर करने होंगे। इस समझौते का उद्देश्य कर्मचारी या खाद्य कर्मचारी को सूचीबद्ध स्थिति में से कोई भी समस्या होने पर प्रभारी व्यक्ति को सूचना देने की उनकी ज़िम्मेदारी के बारे में बताना है ताकि प्रभावी व्यक्ति खाद्यजनित बीमारियों के प्रसार की रोकथाम के लिए उपयुक्त कदम उठा सके।

फॉर्म 1-B सप्रतिबंध (कंडीशनल) कर्मचारी या खाद्य कर्मचारी द्वारा सूचना देने के लिए समझौता

नोरोवाइरस, *सालमोनेला टाइफाई, शिगेला* spp., एंटरोहेमोरहैजिक (EHEC) या *एस्शेरीशिया कोलाई* (STEC) उत्पन्न करने वाला शीगा विषाणु, या हेपेटाइटस A वाइरस से होने वाली बीमारी पर जोर के साथ, संक्रमित सप्रतिबंध (कंडीशनल) कर्मचारी या खाद्य कर्मचारी द्वारा भोजन से होने वाले रोगों के प्रसार को रोकना।

इस समझौते का उद्देश्य सप्रतिबंध कर्मचारी या खाद्य कर्मचारी को सूचीबद्ध स्थिति में से कोई भी समस्या होने पर प्रभारी व्यक्ति को सूचना देने की उनकी ज़िम्मेदारी के बारे में बताना है ताकि प्रभारी व्यक्ति खाद्यजनित बीमारियों के प्रसार को रोकने के लिए उपयुक्त कदम उठा सके।

मैं प्रभारी को सूचना देने की सहमति जताता हूं:

काम के दौरान या काम के अतिरिक्त, शुरुआत की तिथि सहित, निम्नलिखित में से किसी भी लक्षण की शुरुआत पर :

1. दस्त
2. उल्टी
3. पीलिया
4. बुखार के साथ गले में खराश
5. संक्रमित कटे हुए हिस्से या घाव, या हाथ, कलाई, शरीर के खुले हिस्से, या शरीर के अन्य हिस्से में मवाद वाली चोट और कटे हुए हिस्से, घाव या चोट जो ठीक से ढके न हों *(जैसे गर्म चीज गिरने से बने या संक्रमित घाव, चाहे कितने भी छोटे क्यों न हों)*

भावी चिकित्सकीय निदानः

नोरोवाइरस, टाइफाइड बुखार (*सालमोनेला* टाइफाई), शिगेलोसिस (*शिगेला* से होने वाले संक्रमण**), *एस्शेरीशिया* कोलाई O157:H7 या अन्य EHEC/STEC संक्रमण, या हेपेटाइटिस A (हेपेटाइटस A वाइरस से होने वाला संक्रमण) की बीमारी का निदान होने पर**

भविष्य में खाद्यजनित रोगाणु से ग्रस्त होने परः

1. **नोरोवाइरस, टाइफाइड बुखार, शिगेलोसिस, *E.* कोलाई O157:H7 या अन्य** EHEC/STEC **संक्रमण, या हेपेटाइटिस A के संपर्क में आना या इन रोगों में किसी के प्रकोप का कारण बनने का संदेह होना।**
2. **परिवार के किसी सदस्य को** EHEC/STEC के कारण होने वाली बीमारी **नोरोवाइरस, टाइफाइड बुखार, शिगेलोसिस, या हेपेटाइटिस A का निदान होना।**
3. **परिवार का कोई सदस्य ऐसी परिस्थिति में जा रहा है या काम कर रहा है जहां नोरोवाइरस, टाइफाइड बुखार, शिगेलोसिस, *E.* कोलाई O157:H7 या अन्य** EHEC/STEC **संक्रमण, या हेपेटाइटिस A रोग के प्रकोप की पुष्टि हो चुकी है।**

मैंने **फूड कोड** और इस समझौते के तहत निम्नलिखित के अनुपालन की अपनी जिम्मेदारी से संबंधित आवश्यकताओं को पढ़ (या मुझे पढ़ कर सुना दिया गया है) और समझ लिया हैः

1. बताए गए लक्षणों, निदानों और रोगों के संपर्क में आने सहित उपरोक्त स्थितियों की सूचना देना;
2. मुझ पर लगाए गए कार्य प्रतिबंध या बहिष्करण; और
3. स्वच्छ कार्य व्यवहार।

मैं समझता/समझती हूं कि इस समझौते की शर्तों का पालन न होने पर खाद्य आधिष्ठान या खाद्य नियामक प्राधिकरण कार्रवाई कर सकते हैं जिसमें मेरा रोज़गार जोखिम में पड़ सकता है और मेरे खिलाफ कानूनी कार्रवाई की जा सकती है।

सप्रतिबंध कर्मचारी का नाम (कृपया प्रिंट करें) ______________________________
सप्रतिबंध कर्मचारी का हस्ताक्षर ______________________________
दिनांक ____________________

खाद्य कर्मचारी का नाम (कृपया प्रिंट करें) ______________________________
खाद्य कर्मचारी का हस्ताक्षर ______________________________
दिनांक ____________________

परमिट होल्डर या प्रतिनिधि का हस्ताक्षर ______________________ **दिनांक** __________

Source: 2005 FDA Food Code