Food Employee Reporting Agreement

Preventing Transmission of Diseases through Food by Infected Food Employees

The purpose of this agreement is to ensure that Food Employees and Applicants who have received a conditional offer of employment notify the Person in Charge when they experience any of the conditions listed so that the Person in Charge can take appropriate steps to preclude the transmission of foodborne illness.

I AGREE TO REPORT TO THE PERSON IN CHARGE:

SYMPTOMS

1. **Diarrhea**
2. **Fever**
3. **Vomiting**
4. **Jaundice**
5. **Sore throat with fever**
6. **Lesions containing pus on the hand, wrist, or an exposed body part (*such as boils and infected wounds, however small)***

MEDICAL DIAGNOSIS

Whenever diagnosed as being ill with *Salmonella* Typhi (typhoid fever), *Shigella spp.* (shigellosis), *Escherichia coli* O157:H7, hepatitis A virus, *Entamoeba histolytica, Campylobacter spp., Vibrio cholera spp., Cryptosporidium parvum, Giardia lamblia,* Hemolytic Uremic Syndrome, *Salmonella spp.* (non-typhi), *Yersinia enterocolitica,* or *Cyclospora cayetanensis.*

PAST MEDICAL DIAGNOSIS

Have you ever been diagnosed as being ill with one of the diseases listed above? _____
If you have, what was the date of the diagnosis?_____

HIGH-RISK CONDITIONS

1. **Exposure to or suspicion of causing any confirmed outbreak of typhoid fever, shigellosis, *E. coli* O157:H7 infection, or hepatitis A**
2. **A household member diagnosed with typhoid fever, shigellosis, illness due to *E. coli* O157:H7, or hepatitis A**
3. **A household member attending or working in a setting experiencing a confirmed outbreak of typhoid fever, shigellosis, *E. coli* O157:H7 infection, or hepatitis A**

I have read (or had explained to me) and understand the requirements concerning my responsibilities under **105 CMR 590/1999 Food Code** and this agreement to comply with the reporting requirements specified above involving symptoms, diagnoses, and high-risk conditions specified. I also understand that should I experience one of the above symptoms or high-risk conditions, or should I be diagnosed with one of the above illnesses, I may be asked to change my job or to stop working altogether until such symptoms or illnesses have resolved.

I understand that failure to comply with the terms of this agreement could lead to action by the food establishment or the food regulatory authority that may jeopardize my employment and may involve legal action against me.

Applicant or Food Employee Name (please print) _____

Signature of Applicant or Food Employee _____ **Date** _____

Signature of Permit Holder or Representative _____ **Date** _____

This is a model form created by MA Dept. of Public Health which is offered as a tool for industry to use to aid in compliance with 105 CMR 590.003(C) and Food Code 2-201.11 The use of this form is voluntary and is not required by state regulation. Revised: 5/8/2001

Thỏa Thuận Khai Báo của Nhân Viên Ẩm Thực

Ngăn Ngừa Truyền Bệnh qua Thức Ăn do
Nhân Viên Ẩm Thực Nhiễm Bệnh

Mục đích của thỏa thuận này là để bảo đảm rằng Nhân Viên Ẩm Thực và Người Xin Việc được cho làm có điều kiện phải thông báo cho Người Có Trách Nhiệm biết khi thấy có mọi tình trạng nào liệt kê ra đây để Người Có Trách Nhiệm có thể thực hiện hành động thích đáng nhằm loại trừ trước việc truyền lan vi trùng bệnh nằm trong thức ăn.

TÔI ĐỒNG Ý KHAI BÁO CHO NGƯỜI CÓ TRÁCH NHIỆM:

TRIỆU CHỨNG:

1. **Tiêu chảy**
2. **Nóng sốt**
3. **Ói mửa**
4. **Vàng da**
5. **Đau cổ với nóng sốt**
6. **Vết lở có mủ nơi tay, cườm tay, hoặc phần lộ ra ngoài của thân thể (như mục mủ và vết thương lở loét, mặc dù nhỏ)**

CHẨN ĐOÁN Y TẾ

Bất cứ khi nào chẩn đoán bị bệnh Salmonella Typhi (đau ban cua), Shigella spp. (kiết lỵ), Escherichia coli O157:H7, siêu viêm gan A, Entamoeba histolytica (một loại bệnh kiết), Campylobacter spp. (đau bụng, tiêu chảy) Vibrio cholera ssp. (bệnh dịch tả), Cryptosporidium parvum (ký sinh trùng), Giardia lamblia, hội chứng Hemolytic Uremic, Salmonella spp. (không thuộc ban cua), Yersinia enterocolitica, hoặc Cyclospora cayetanensis.

CHẨN ĐOÁN Y TẾ VỀ TRƯỚC

Có bao giờ bạn bị chẩn đoán có một trong các chứng bệnh nói trên không? _____
Nếu có, cho biết ngày chẩn đoán đó? _____

TÌNH TRẠNG NGUY HIỂM CAO

1. **Tiếp xúc hay nghi ngờ gây ra mọi bộc phát được xác nhận về đau ban cua, shigellosis (kiết lỵ), nhiễm E.coli O157:47, hoặc viêm gan A**
2. **Một người trong gia đình chẩn đoán bị ban cua, shigellosis, bệnh do E.coli O157:47, hoặc viêm gan A**
3. **Một người trong gia đình tham dự hay làm việc trong một nơi bộc phát được xác nhận về ban cua, shigellosis, nhiễm E.coli O157:47, hoặc viêm gan A.**

Tôi có đọc (hoặc được nghe giải thích) và hiểu các đòi hỏi liên quan đến trách nhiệm của tôi thể theo **Bộ Luật Thực Phẩm số 105 CMR 590/1999** và thỏa thuận này để tuân hành theo đòi hỏi khai báo nói trên liên quan đến triệu chứng, chẩn đoán, và tình trạng nguy hiểm cao được nói rõ. Tôi cũng hiểu là nếu tôi cảm thấy có một trong các triệu chứng hoặc tình trạng nguy hiểm cao nói trên, hoặc nếu tôi bị chẩn đoán có một trong các bệnh trên, tôi có thể được yêu cầu đổi công việc hoặc ngưng hẳn công việc cho đến khi các triệu chứng hay bệnh đó chấm dứt.

Tôi hiểu là nếu không tuân hành điều khoản của thỏa thuận này thì tôi có thể bị cơ sơ thực phẩm hoặc thẩm quyền điều hợp thực phẩm đưa ra hành động phương hại cho việc làm của tôi và liên quan đến kiện tụng pháp lý đối với tôi.

Tên của Người Xin Việc hay Nhân Viên Ẩm Thực (xin viết chữ in) _____

Chữ ký của Người Xin Việc hay Nhân Viên Ẩm Thực _____ Ngày _____

Chữ ký của Người Có Giấy Phép hoặc Đại Diện _____Ngày _____

Đây là một mẫu giấy do Ban Sức Khỏe Công Cộng MA soạn thảo ra cho kỹ nghệ sử dụng nhằm tuân hành đúng theo điều 105 CMR 590.003(C) và Bộ Luật Thực Phẩm 2-201.11. Việc sử dụng mẫu này là tự nguyện và không do quy luật tiểu bang đòi hỏi. Duyệt lại: Ngày 8 tháng 5, 2001

Translated by the Massachusetts Department of Education - 2005

Συμφωνητικό αναφοράς για τους υπάλληλους εταιριών τροφίμων

Πρόληψη για τη μετάδοση ασθενειών μέσω τροφίμων από υπαλλήλους εταιριών τροφίμων που έχουν μολυνθεί

Ο σκοπός της παρούσας συμφωνίας είναι να εξασφαλιστεί ότι οι υπάλληλοι εταιριών τροφίμων, αλλά και όσοι έχουν υποβάλλει αίτηση και τους προσφέρθηκε εργασία υπό όρους σε εταιρία τροφίμων, θα ενημερώσουν τον Υπεύθυνο σε περίπτωση που παρουσιάσουν οποιαδήποτε από τις παθήσεις που παρατίθενται παρακάτω, ώστε ο Υπεύθυνος να λάβει τα απαραίτητα μέτρα για να αποκλείσει τη μετάδοση τροφικών ασθενειών.

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΩ ΣΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ:

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. **Διάρροιας**
2. **Πυρετού**
3. **Εμετού**
4. **Ίκτερου**
5. **Πονόλαιμου συνοδευόμενου από πυρετό**
6. **Αλλοιώσεων που περιέχουν πύο στα χέρια, στους καρπούς ή σε εκτεθειμένα μέρη του σώματος *(όπως δοθιήνες και μολυσμένα τραύματα, ανεξάρτητα από το μέγεθος τους)***

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κάθε φορά που σας γίνεται διάγνωση για ασθένεια από *Salmonella Typhi* (τυφοειδής πυρετός), *Shigella spp.* (σιγκέλωση), *Escherichia coli* O157:H7, ιό της ηπατίτιδας Α, *Entamoeba histolytica, Campylobacter spp., Vibrio cholera spp., Cryptosporidium parvum, Giardia lamblia,* αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, *Salmonella spp.* (πλην τυφοειδούς), *Yersinia enterocolitica* ή *Cyclospora cayetanensis.*

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Σας έχει γίνει ποτέ διάγνωση για κάποια από τις προαναφερθείσες ασθένειες; _____
Αν ναι, ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης; _____

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1. **Έκθεση σε τυχόν διαγνωσμένη επιδημία τυφοειδούς πυρετού, σιγκέλωσης, λοίμωξης από *E. Coli* O157:H7 ή ηπατίτιδας Α, ή υποψία για πρόκληση των ανωτέρω.**
2. **Έχει γίνει διάγνωση σε μέλος του νοικοκυριού σας για τυφοειδή πυρετό, σιγκέλωση, ασθένεια οφειλόμενη σε *E. coli* O157:H7 ή ηπατίτιδα Α.**
3. **Μέλος του νοικοκυριού σας επισκέπτεται ή εργάζεται σε περιβάλλον όπου παρουσιάστηκε διαγνωσμένη επιδημία τυφοειδούς πυρετού, σιγκέλωσης, λοίμωξης από *E. coli* O157:H7 ή ηπατίτιδας Α.**

Διάβασα (ή μου εξήγησαν) και κατανοώ τις απαιτήσεις που αφορούν τις ευθύνες μου που προκύπτουν από τον **Κώδικα Τροφίμων 105 CMR 590/1999**, καθώς και το παρόν συμφωνητικό, για συμμόρφωση με τις απαιτήσεις για αναφορά που προσδιορίστηκαν ανωτέρω και αφορούν τα συμπτώματα, τις διαγνώσεις και τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου που προσδιορίστηκαν. Επίσης κατανοώ ότι σε περίπτωση που μου παρουσιαστεί ένα από τα παραπάνω συμπτώματα ή καταστάσεις υψηλού κινδύνου ή σε περίπτωση που μου γίνει διάγνωση για κάποια από τις ανωτέρω ασθένειες, ενδεχομένως να μου ζητηθεί να αλλάξω θέση εργασίας ή να διακόψω τελείως την εργασία μου ώσπου να υποχωρήσουν αυτά τα συμπτώματα ή οι ασθένειες.

Κατανοώ ότι σε περίπτωση που δεν συμμορφωθώ με τους όρους της παρούσας συμφωνίας, το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στη λήψη ενεργειών από μέρους του ιδρύματος τροφίμων ή των αρχών ελέγχου τροφίμων που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη θέση εργασίας μου και να περιλαμβάνουν νομικές κυρώσεις εναντίον μου.

Ονοματεπώνυμο αιτούντα ή υπάλληλου τροφίμων (ολογράφως)_____

Υπογραφή αιτούντα ή υπάλληλου τροφίμων_____ Ημερομηνία_____

Υπογραφή κατόχου άδειας ή εκπροσώπου_____ Ημερομηνία_____

Το παρόν αποτελεί πρότυπο έντυπο που συντάχθηκε από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας της Μασαχουσέτης και προσφέρεται ως εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί ώστε να συμβάλλει στη συμμόρφωση με το CMR 590.003(C) και το Κώδικα Τροφίμων 2-201.11. Η χρήση του παρόντος εντύπου είναι προαιρετική και δεν επιβάλλεται από τους πολιτειακούς κανονισμούς. Αναθεώρηση: 5/8/2001

Translated by the Massachusetts Department of Education - 2005

Соглашение о предоставлении информации

В целях предотвращения распространения инфекционных желудочно-кишечных заболеваний работниками пищевой отрасли.

Цель данного соглашения: работники пищевой отрасли и лица, получившие приглашение на работу, обязаны информировать должностное лицо о наличии диагностированных желудочно-кишечных заболеваний или их симптомов, в целях своевременного принятия мер по предотвращению распространения инфекции через пищевые продукты.

Я согласен информировать должностное лицо, если имеются:

СИМПТОМЫ

1. **Диарея**
2. **Высокая температура**
3. **Рвота**
4. **Желтуха**
5. **Воспаление горла, сопровождающееся температурой**
6. **Гнойное поражение тканей рук (*например, фурункул или воспаленная рана, вне зависимости от размера)***

ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кишечные инфекции *Salmonella* Typhi (брюшной тиф), *Shigella spp.* (шигеллез, сальмонеллез), *Escherichia coli* O157:H7 [эшерихиоз, диарея], hepatitis A virus [гепатит А], *Entamoeba histolytica* [амебная дизентерия], *Campylobacter spp.* [кампилобактериоз, гастроэнтерит], *Vibrio cholera spp.* [холера], *Cryptosporidium parvum* [криптоспоридиоз], *Giardia lamblia* [лямблиоз, поражение двенадцатиперстной кишки], Hemolytic Uremic Syndrome [синдром гемолитической уремии], *Salmonella spp.* (паратиф), *Yersinia enterocolitica* [иерсиниоз, гастроэнтероколит], or *Cyclospora cayetanensis* [диарея].

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Страдали ли вы когда-либо одним из перечисленных заболеваний? _____
Если да, то когда именно? _____

УСЛОВИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

1. **Пребывание или подозрение на пребывание в районе подтвержденной вспышки тифа, шигеллеза, эшерихиоза или гепатита А**
2. **Член семьи, болеющий тифом, шигеллезом, эшерихиозом или гепатитом А**
3. **Член семьи, работающий или пребывающий в районе подтвержденной вспышки тифа, шигеллеза, эшерихиоза или гепатита А**

Я прочел (или мне прочитали) вышеизложенное и осознал свою ответственность и необходимость предоставления информации о вышеперечисленных заболеваниях, симптомах заболеваний и условиях повышенного риска в соответствии с Положением о пищевой отрасли **105 CMR 590/1999** и данным соглашением. Я также понимаю, что в случае наличия у меня одного из вышеперечисленных заболеваний, симптомов или условий повышенного риска, мне предложат сменить работу или прекратить работу до тех пор, пока заболевание не будет излечено.

Я понимаю, что предоставление ложной информации по пунктам данного соглашения может повлечь за собой привлечение к уголовной ответственности, а также административные меры, ставящие под угрозу мою работу.

Работник или претендент на должность, имя (печатными буквами) _____

Работник или претендент на должность, подпись _____ Дата _____

Подпись владельца пищевого предприятия или его представителя _____ Дата _____

Данная форма разработана Управлением общественного питания штата Массачусетс и предлагается в качестве образца в целях соответствия требованиям 105 CMR и Положения о пищевой отрасли 590.003 2-201. Использование данной формы не является обязательным и не предусматривается законами штата. Дополнения внесены : 5/8/2001

Translated by the Massachusetts Department of Education - 2005

食品业雇员报告协议

防止疾病通过染病的食品业雇员进行传播

本协议的目的在于，确保食品业雇员和得到有条件雇佣的求职者，在感染所列病症时向主管人员报告，以便主管人员可采取适当的措施防止食物传染病的传播。

我同意向主管人员报告：

症状

1. 腹泻
2. 发烧
3. 呕吐
4. 黄疸
5. 喉痛发烧
6. 手、腕或身体裸露部位的伤口化脓
   （如疖和伤口感染，但感染面积不大）

医疗诊断

在被诊断为患有下列病症时向主管人员报告：*伤寒沙门菌* (***Salmonella*** **Typhi**)（伤寒 -- **typhoid fever**）、*志贺氏菌* (***Shigella spp.***)（志贺氏菌病 – **shigellosis**）、*大肠埃希菌* (***Escherichia coli***) **O157:H7** 感染、甲肝病毒感染、*溶组织内阿米巴* (***Entamoeba histolytica***)、*肠弯曲杆菌* (***Campylobacter spp.***)、*霍乱弧菌* (***Vibrio cholera spp.***)、*小隐孢子虫* (***Cryptosporidium parvum***)、*蓝氏贾第鞭毛虫* (***Giardia lamblia***)、溶血性尿毒综合征 (**Hemolytic Uremic Syndrome**)、*沙门菌* (***Salmonella spp.***-- **non-typhi**)、*肠结肠炎耶尔森菌* (***Yersinia enterocolitica***)、*环孢子虫* (***Cyclospora cayetanensis***).

以往医疗诊断

您是否曾被诊断为患有上述疾病之一？ _____

如有，诊断日期是何时？ _____

高危症状

1. 接触过或者是下列流行病的疑似传染源：伤寒 (**typhoid fever**)、志贺氏菌病(**shigellosis**)、大肠埃希菌 (***E. coli***) **O157:H7** 感染、甲肝
2. 家庭成员被诊断为下列病症的患者：伤寒、志贺氏菌病、大肠埃希菌 **O157:H7** 感染、甲肝
3. 家庭成员接触过或工作于下列流行病爆发的环境：
   伤寒、志贺氏菌病、大肠埃希菌 **O157:H7** 感染、甲肝

我已阅读（或已有人向我解释）并了解 **105 CMR 590/1999 Food Code**（食品法案）所规定的与我的职位有关的要求，并了解本协议的目的在于确保遵守与罗列的病症、诊断和高危病症有关的上述报告要求。我也了解，如果我出现以上病症或高危症状，或者被疹断为患有以上病症之一，我可以请求更换我的工作或停止工作，直到有关症状或疾病痊愈。

我明白，如果不遵守本协议的规定，有可能会引起食品企业或食品管理机关制裁，进而可能会危及我的工作并有可能被起诉。

求职人或食品业雇员姓名（请采用楷书） _____

求职人或食品业雇员签名 _____ 日期 _____

许可证持有人或代表签名 _____ 日期 _____

本标准表格由马萨诸塞州卫生厅 (MA Dept. of Public Health) 设计，其目的在于为行业提供一个工具，使 105 CMR 590.003(C) 和 Food Code 2-201.11 得到贯彻执行。本表格的使用采用自愿方式，州监管机关不强制要求使用。修订日期：2001 年 5 月 8 日

Translated by the Massachusetts Department of Education - 2005

Clean-up and Disinfection for Norovirus ("Stomach Bug")

THESE DIRECTIONS SHOULD BE USED TO RESPOND TO ANY VOMITING OR DIARRHEA ACCIDENT

Note: Anything that has been in contact with vomit and diarrhea should be discarded or disinfected.

1 Clean up

a. **Remove vomit or diarrhea right away!**
   - Wearing protective clothing, such as disposable gloves, apron and/or mask, wipe up vomit or diarrhea with paper towels
   - Use kitty litter, baking soda or other absorbent material on carpets and upholstery to absorb liquid; do not vacuum material: pick up using paper towels
   - Dispose of paper towel/waste in a plastic trash bag or biohazard bag

b. **Use soapy water to wash surfaces that contacted vomit or diarrhea and all nearby high-touch surfaces, such as door knobs and toilet handles**

c. **Rinse thoroughly with plain water**

d. **Wipe dry with paper towels**

DON'T STOP HERE: GERMS CAN REMAIN ON SURFACES EVEN AFTER CLEANING!

2 Disinfect surfaces by applying a chlorine bleach solution

Steam cleaning may be preferable for carpets and upholstery. Chlorine bleach could permanently stain these. Mixing directions are based on EPA-registered bleach product directions to be effective against norovirus.

For best results, consult label directions on the bleach product you are using.

a. **Prepare a chlorine bleach solution**

Make bleach solutions fresh daily; keep out of reach of children; never mix bleach solution with other cleaners.

IF HARD SURFACES ARE AFFECTED...

e.g., non-porous surfaces, vinyl, ceramic tile, sealed counter-tops, sinks, toilets

3/4 CUP OF CONCENTRATED BLEACH + **1 GALLON WATER**

CONCENTRATION ~3500 ppm

IF USING REGULAR STRENGTH BLEACH (5.25%), INCREASE THE AMOUNT OF BLEACH TO 1 CUP.

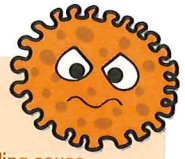
b. **Leave surface wet for at least 5 minutes**

c. **Rinse all surfaces intended for food or mouth contact with plain water before use**

3 Wash your hands thoroughly with soap and water

Hand sanitizers may not be effective against norovirus.

Facts about Norovirus



Norovirus is the leading cause of outbreaks of diarrhea and vomiting in the US, and it spreads quickly.

Norovirus spreads by contact with an infected person or by touching a contaminated surface or eating contaminated food or drinking contaminated water. Norovirus particles can even float through the air and then settle on surfaces, spreading contamination.

Norovirus particles are extremely small and billions of them are in the stool and vomit of infected people.

Any vomit or diarrhea may contain norovirus and should be treated as though it does.

People can transfer norovirus to others for at least three days after being sick.

IF CLOTHING OR OTHER FABRICS ARE AFFECTED...

- Remove and wash all clothing or fabric that may have touched vomit or diarrhea
- Machine wash these items with detergent, hot water and **bleach** if recommended, choosing the longest wash cycle
- Machine dry

Scientific experts from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) helped to develop this poster. For more information on norovirus prevention, please see http://www.cdc.gov/norovirus/preventing-infection.html.

co.somerset.nj.us/health | neha.org | waterandhealth.org | americanchemistry.com | cfour.org

disinfect-for-health.org

Updated March, 2015

Limpieza y desinfección para los norovirus (“gripe estomacal”)

ESTAS INDICACIONES DEBEN USARSE PARA REACCIONAR ANTE CUALQUIER ACCIDENTE DE VÓMITO O DIARREA.

Nota: Todo aquello que haya estado en contacto con el vómito o la diarrea debe descartarse o desinfectarse.

1 Limpie

a. **Retire de inmediato el vómito o la diarrea.**
- Use ropa protectora, como guantes desechables, delantal o máscara, limpie el vómito o la diarrea con toallas de papel.
- Use sepiolita, bicarbonato de sodio u otro material absorbente en las alfombras y los tapizados a fin de absorber el líquido; no aspire el material: recójalo con toallas de papel.
- Deseche las toallas de papel o los residuos en una bolsa de plástico para basura o en una bolsa para material biológico peligroso.

b. **Use agua con jabón para lavar las superficies que estuvieron en contacto con el vómito o la diarrea y todas las superficies cercanas de contacto más frecuente, tales como las perillas de las puertas y las manijas de los sanitarios.**

c. **Enjuague cuidadosamente el piso solo con agua.**

d. **Seque frotando la superficie con toallas de papel.**

NO SE DETENGA AQUÍ: los gérmenes pueden permanecer en las superficies incluso después de haberlas limpiado.

2 Desinfecte las superficies aplicando una solución de blanqueador con cloro

Para el caso de las alfombras y los tapizados, es posible que se prefiera la limpieza al vapor. El blanqueador con cloro podría dejarles manchas permanentes. Las instrucciones de mezcla están basadas en las indicaciones de los productos blanqueadores registrados en la Agencia de Protección del Medio Ambiente (Environmental Protection Agency, EPA) de EE. UU. para ser eficaces contra los norovirus.

Para obtener mejores resultados, consulte las indicaciones de la etiqueta del producto blanqueador que esté utilizando.

a. **Prepare una solución de blanqueador con cloro.**
Prepare una solución de blanqueador nueva cada día. Manténgala fuera del alcance de los niños. Nunca mezcle la solución de blanqueador con otros limpiadores.

SI SE AFECTARON SUPERFICIES DURAS…
por ejemplo, superficies no porosas, vinilo, mosaicos de cerámica, encimeras selladas, lavabos e inodoros

3/4 TAZA DE BLANQUEADOR CONCENTRADO + **1 GALÓN DE AGUA**

CONCENTRACIÓN: ~ 3500 ppm

SI UTILIZA UN BLANQUEADOR DE CONCENTRACIÓN NORMAL (5.25 %), AUMENTE LA CANTIDAD DE BLANQUEADOR A 1 TAZA.

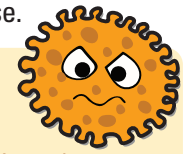
b. **Deje la superficie húmeda durante 5 minutos como mínimo.**

c. **Enjuague solo con agua todas las superficies destinadas a estar en contacto con la comida y la boca antes del uso.**

3 Lávese minuciosamente las manos con agua y jabón

Es posible que los desinfectantes para las manos no sean eficaces para combatir los norovirus.

Datos sobre los norovirus



Los norovirus constituyen la causa principal de los brotes de diarrea y vómitos en Estados Unidos y se propagan con rapidez.

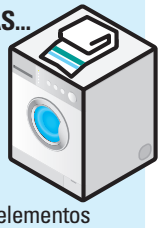
Los norovirus se contagian al estar en contacto con una persona infectada, al tocar una superficie contaminada, al consumir alimentos contaminados o al beber agua contaminada. Las partículas de los norovirus incluso pueden encontrarse suspendidas en el aire y luego establecerse en las superficies, expandiendo la contaminación.

Las partículas de los norovirus son extremadamente pequeñas y miles de millones de ellas se encuentran en las heces o en el vómito de las personas infectadas.

Cualquier vómito o diarrea puede contener norovirus y debe tratarse como si así fuera.

Las personas pueden contagiar los norovirus a otras durante al menos tres días después de haber estado enfermas.

SI SE AFECTARON LA ROPA U OTRAS TELAS…



- Quite y lave toda la ropa o las telas que pueden haber estado en contacto con vómito o diarrea.
- Lave a máquina estos elementos con detergente, agua caliente y **blanqueador**, si fuese recomendado, y elija siempre el ciclo de lavado más largo.
- Seque a máquina.

Expertos científicos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de Estados Unidos ayudaron a crear este póster. Para obtener más información sobre la prevención de los norovirus, consulte http://www.cdc.gov/norovirus/preventing-infection.html.

co.somerset.nj.us/health | neha.org | waterandhealth.org | americanchemistry.com | cfour.org

disinfect-for-health.org

Updated March, 2015