

Medical Certification Form (Food Handlers)

تاریخ:

شماره پرسنلی:	سن:	نام خانوادگی:	نام شرکت:	مشخصات فردی
محل کار:	عنوان شغل:			

<p>آیا سابقه اخیراً بیماری های اسهالی یا سابقه اسهال راجعه یا مزمن دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا سابقه اخیر از تهوع و یا استفراغ دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا سابقه ترشح چرکی از چشمها یا گوشها یا بینی یا دهان در حال حاضر و در ۶ ماه گذشته دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا سابقه اخیر از حساسیت پوستی در دستها/انگشتان/ ساعدها/صورت/گردن یا سابقه بیماری های پوستی مزمن یا راجعه در این نواحی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا در حال حاضر گلودرد همراه با تب دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا در حال حاضر یا در یکماه گذشته سرفه خلط دار دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا سابقه هر کدام از بیماری های سل / حصیه /دفع کرم/خارش مقعد دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا سابقه سرماخوردگی در چندروز اخیر دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	این قسمت توسط شاغل تکمیل شده و به امضاء و تأیید وی می رسد.
<p>اینجانب کلیه اظهارات خود را در پاسخ به موارد فوق تأیید نموده و مسئولیت آن را به عهده می گیرم.</p> <p>امضاء و اثر انگشت شاغل :</p>	

<p>• Physical Examination:</p> <p><input type="checkbox"/> Skin and nails (hands/fingers/forearms/face/neck/scalp/Trunk) (infection,boil, open wound/cuts, eczema, poor hygiene)</p> <p><input type="checkbox"/> Weeping or discharging lesion</p> <p><input type="checkbox"/> Teeth and gums</p> <p><input type="checkbox"/> Mouth and pharynx (pharyngitis, post-nasal discharge)</p> <p><input type="checkbox"/> Ears (otoscopic examination for discharge or infection)</p> <p><input type="checkbox"/> Jaundice</p>	این قسمت توسط پزشک معاینه کننده تکمیل می شود.
<p style="text-align: center;">تاریخ معاینه:</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء:</p>	

<p>• Stool Smear/Culture Result:</p> <p><input type="checkbox"/> Positive for:</p> <p><input type="checkbox"/> Negative:</p>	توسط پزشک
---	-----------

<p>• Recommendations:</p> <p><input type="checkbox"/> Suitable for food handling.</p> <p><input type="checkbox"/> Unsuitable as food handling for days.</p>	توسط پزشک تکمیل می شود.
<p>نامبرده به مدتروز برای اشتغال در هر گونه فعالیت آماده سازی، پخت، بسته بندی، سرو یا انتقال مواد غذایی نامناسب می باشد. بدیهی است در تاریخ باید جهت ارزیابی و تأیید مجدد پزشکی به مرکز طب صنعتی و بهداشت مراجعه نماید .</p>	

مهر مرکز

مهر و امضاء پزشک