



## دستورالعمل نحوه انجام معاینات پزشکی و صدور صلاحیت پزشکی در کارکنان اماکن غذایی

WI-09-01-OM

شماره سند:

● دستورالعمل حاضر توسط شورای تخصصی طب صنعتی و متخصصین طب کار در واحد سلامت کار و HSE در خصوص استانداردها و روش ارزیابی پزشکی در کارکنان اماکن مواد غذایی در صنعت نفت تدوین شده و کلیه حقوق آن محفوظ و متعلق به سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد. این دستورالعمل هر چهار سال یک بار بازنگری خواهد شد.

تاریخ تهیه: ۱۳۹۰

شماره بازنگری: یک

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۶

زمان بازنگری مجدد: ۱۴۰۰

مشخصات مسئول مربوطه	تهیه کنندگان	تاییدکننده سیستم استاندارد	تأیید کننده واحد مربوطه	تصویب کننده
نام و نام خانوادگی	دکتر کیوان کرمی فر دکتر مرتضی داودی دکتر افشین بلوری دکتر هرمز حسن زاده	دکتر پیمان فریدنیا	دکتر کیوان کرمی فر	دکتر پیمان فریدنیا
امضاء				

## مقدمه:

معاینات پزشکی کارکنان اماکن مواد غذایی از مهم‌ترین انواع معاینات مشاغل خاص بشمار می‌رود. با توجه به اهمیت پیشگیری از انتقال انواع عفونت‌های منتقله از راه غذا، انجام این معاینات به عنوان بخشی از راهکارهای پیشگیری از انتقال و گسترش عفونت‌های گوارشی از طریق غذا الزامی می‌باشد. اگر چه مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری از انتقال این عفونت‌ها، رعایت اصول بهداشت مواد غذایی در اماکن مواد غذایی و آموزش دوره‌ای کارکنان این اماکن می‌باشد، با اینحال انجام معاینات پزشکی این کارکنان نیز به عنوان یک اقدام مکمل در پیشگیری ضروری می‌باشد.

همانند معاینات سایر مشاغل، رعایت اصول و الزامات در انجام معاینات پزشکی کارکنان اماکن مواد غذایی و توجه به نکات ضروری در شرح حال و معاینه فیزیکی در تامین اهداف این معاینات بسیار مهم می‌باشد.

به همین دلیل شورای تخصصی طب صنعتی و متخصصین طب کار به منظور دستیابی به اهداف انجام این معاینات، دستورالعمل حاضر را به عنوان راهنمایی در خصوص چگونگی انجام معاینات پزشکی کارکنان اماکن مواد غذایی در صنعت نفت تهیه نموده است. در این دستورالعمل حداقل الزامات مورد نیاز جهت چگونگی انجام معاینات در این گروه از کارکنان بیان شده و مراکز طب صنعتی را در خصوص نحوه برنامه‌ریزی و انجام این معاینات کمک خواهد کرد.

هدف: ارائه چارچوبی مناسب و یکپارچه در انجام معاینات پزشکی کارکنان اماکن مواد غذایی در صنعت نفت

دامنه: کلیه مراکز طب صنعتی مناطق بیست گانه بهداشت و درمان صنعت نفت

## منابع:

1. *Preventing Foodborne Diseases: A Focus on the Infected Food Handler*, National Disease Surveillance Center, April 2004
2. *Guidelines for the Management and Health Surveillance of Food Handlers*, Department of Health, South Africa, 2000
3. *Sickness Policy, A Framework for Managing the Risk from Infected People*, Food Safety Authority, New Zealand, 2003
4. *Food Handler's Manual*, Multnomah County Health Department, Food Handler's Office, 2002
5. *Infected Food Handler Guidelines*, Department of Agriculture & Markets, New York State

## قواعد کلی:

۱. کلیه مراکز صنعتی می‌بایست یک فرآیند و برنامه مدون جهت انجام معاینات پزشکی کارکنان اماکن مواد غذایی و صدور کارت سلامت و با رعایت اصول و الزامات مندرج در این دستورالعمل تدوین نمایند.
۲. منظور از کارکنان اماکن مواد غذایی، کلیه شاغلینی هستند که در هرگونه فعالیت آماده سازی، بسته بندی، پخت، توزیع، انتقال و سرو مواد غذایی روباز (Unwrapped) دخیل هستند.
۳. ضروری است معاینات پزشکی کارکنان اماکن غذایی حداقل هر شش ماه یکبار انجام شده و نتایج معاینات در فرم مخصوص معاینات کارکنان اماکن مواد غذایی به طور دقیق و کامل ثبت گردد.
۴. کسب شرح حال و انجام معاینه فیزیکی (مطابق با جدول معاینات کارکنان اماکن مواد غذایی)، اهمیتی به مراتب بیشتر از آزمایش مدفوع داشته و به همین دلیل کسب شرح حال و انجام معاینه فیزیکی (مطابق با جدول) در کنار آزمایش مدفوع الزامی است.
۵. ارائه آموزش‌های دوره‌ای بهداشتی و نیز آموزش چهره به چهره در مورد کارکنان اماکن مواد غذایی بسیار حائز اهمیت بوده و در کنار آن باید نظارت و بازرسی بهداشتی مداوم از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و کارکنان شاغل در آنها انجام شود.
۶. بر این اساس، کلیه کارکنان اماکن مواد غذایی باید حداقل سالانه دو بار، دوره آموزش بهداشت مواد غذایی را گذرانده و گواهینامه داشته باشند.
۷. ضروری است سوابق و مستندات مربوط به معاینات و آموزش این کارکنان در پرونده بهداشتی و در بایگانی جاری نگهداری شود.
۸. از آنجایی که کارکنان اماکن مواد غذایی با عوامل زیان آور دیگری مانند عوامل ارگونومیک، گرما، سر و صدا و تماس پوستی و استنشاقی با انواع آلرژن‌های غذایی و نیز رطوبت و مواد شوینده مواجهه دارند ضروری است هر سال یکبار معاینات دوره‌ای کامل و اختصاصی شغل در کنار معاینات مربوط به کارت سلامت نیز با رعایت کامل فرآیند معاینات دوره‌ای انجام گردد.

## اهداف انجام معاینات:

۱. کمک به پیشگیری از انتقال عفونت‌های منتقله از راه غذا
۲. فراهم کردن فرصت مناسب جهت ارائه آموزش‌های بهداشتی به کارکنان

## مراحل و چگونگی انجام معاینات:

۱. مراجعه فرد با ارائه معرفی نامه عکس دار از کارفرما به مرکز طب صنعتی
۲. انجام معاینه پزشکی (شرح حال و معاینه فیزیکی) مطابق با جدول معاینه توسط پزشک صنعتی و ثبت نتایج در فرم مربوطه
۳. انجام آزمایش مدفوع طبق دستورالعمل

۴. اظهارنظر نهایی در مورد تناسب یا عدم تناسب شاغل بعد از رویت نتیجه آزمایش مدفوع
۵. ارسال نتیجه نهایی به کارفرما و HSE

#### موارد منع مطلق ادامه کار در کارکنان اماکن مواد غذایی:

۱. هرگونه اسهال (آبکی یا خونی) یا مدفوع شل
۲. استفراغ (حتی بدون علائم همراه)
۳. زردی
۴. سرماخوردگی، آنفلوآنزا یا گلودرد تب دار
۵. عفونت انگلی روده‌ای از انواع پاتوژن
۶. هرگونه عفونت پوستی یا زخم باز (مرطوب یا دارای ترشح یا کثیف) در نواحی دستها و انگشتان، ساعد، گردن و صورت و اسکالپ
۷. هرگونه ضایعه پوستی قارچی یا بیماری پوستی فعال در نواحی فوق
۸. سرفه خلط دار
۹. هرگونه عفونت و ترشح غیرطبیعی از گوشها، چشم، بینی، دهان و لثه‌ها

در صورتی که طبق نظر پزشک، هیچگونه مورد منع از کار وجود نداشته باشد کارت سلامت به مدت شش ماه صادر می‌گردد.

در صورت وجود هر کدام از موارد منع از کار، شاغل تا بعد از مشخص شدن نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیکی تکمیلی و رسیدن به تشخیص قطعی، مجاز به انجام فعالیتهای Food-handling نبوده و ضروری است بلافاصله منع از کار و مدت زمان آن (حداقل معادل دوره درمان بیماری و بی خطر شدن انتقال آلودگی) در «فرم اعلام ممانعت از کار» به HSE و پیمانکار اعلام گردد. پس از تشخیص قطعی علت بیماری در صورتی که بیماری وی از گروه بیماری‌های غیرمجاز باشد، ضمن انجام درمان مناسب، مطابق با جدول «مدت محدودیت و منع از کار کارکنان اماکن غذایی در بیماری‌های مختلف» عمل می‌شود. در صورتی که بیماری وی از گروه بیماری‌های غیرمجاز نباشد فرد می‌تواند کار خود را از سر گیرد.

### نحوه انجام معاینات پزشکی در کارکنان اماکن مواد غذایی:

معاینات پزشکی در کارکنان اماکن مواد غذایی بر اساس جدول زیر انجام می‌شود:

#### جدول راهنمای نحوه معاینات کارکنان اماکن مواد غذایی

شرح حال	معاینه فیزیکی	آزمایشات
سابقه اخیر اسهال سابقه اسهال راجعه و مکرر	معاینه از نظر زردی	Stool smear-OP (۳ بار)
سابقه اخیر استفراغ سابقه ترشحات چرکی از چشم/ گوش/ بینی/ دهان یا لثه‌ها در ۶ ماه گذشته سابقه فعلی یا اخیر اگزما یا بیماری پوستی در نواحی دستها/ انگشتان/ ساعد/ صورت/ گردن/ اسکالپ یا سابقه این بیماری‌ها در این نواحی به صورت راجعه سرفه خلط دار سابقه اخیر عفونت تنفسی فوقانی مانند سرماخوردگی، گلودرد همراه با تب و.....	معاینه دقیق پوست و ناخنها به‌ویژه در نواحی دستها/ انگشتان/ ساعد/ صورت/ گردن/ اسکالپ از نظر عفونت/ ضایعات قارچی/ زخم باز/ اکزما/ ترشح/ بهداشت ضعیف معاینه دندانها و لثه‌ها معاینه اتوسکوپیک گوشها از نظر عفونت و ترشح غیر طبیعی معاینه حلق از نظر ترشحات خلف بینی	Stool Culture از نظر سالمونلا یکبار در صورت وجود امکانات
کمردرد، دردهای عضلانی اسکلتی و پارستزی اندامها، سرفه و تنگی نفس، مشکل پوستی و بیماری قلبی	معاینه کمر و سیستم عضلانی اسکلتی و ریه و قلب	اسپیرومتری (در صورت نیاز)

#### جدول مدت محدودیت و منع از کار کارکنان اماکن مواد غذایی در بیماری‌های مختلف

نام بیماری	حداقل مدت زمان منع از کار	شرایط بازگشت به کار مجدد از نظر پزشکی	توصیه‌ها در مورد اقدامات پیشگیری در همکاران و مشتریان
آمیباژ روده ای (عفونت فعال)	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن ۳ اسمیر مدفوع ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
اسهال ناشی از کمپایلو باکتر	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن ۲ اسمیر و کشت مدفوع ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
وبا (Cholera)	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن دو آزمایش مدفوع (اسمیر و کشت) با فاصله ۲۴ ساعت	-----
E.Coli (EPEC, ETEC)	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	----	-----
E.Coli (VTEC)	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن دو آزمایش مدفوع با فاصله ۴۸ ساعت از هم، ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----



نام بیماری	حداقل مدت زمان منع از کار	شرایط بازگشت به کار مجدد از نظر پزشکی	توصیه‌ها در مورد اقدامات پیشگیری در همکاران و مشتریان
اسهال ناشی از ژیا ردیا	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن ۳ اسمیر مدفوع ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
هپاتیت A	تا ۷ روز پس از شروع زردی یا تا انتهای دوره تب (هرکدام که دیرتر باشند)	-----	تلقیح HAV-Ig به همه همکاران بیمار حداکثر ظرف مدت ۱۴ روز
اسهال سالمونلایی	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن اسمیر و کشت مدفوع ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
تب تیفوئید	حداقل ۲ تا هفته بعد از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	در صورت منفی بودن ۶ کشت مدفوع هرکدام به فاصله ۲ هفته. شروع کشت مدفوع ۲ هفته پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
شیگلوز	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن دو آزمایش مدفوع با فاصله ۴۸ ساعت از هم، ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
اسهال‌های ویروسی	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	-----	-----
اسهال یرسینیایی	تا ۴۸ ساعت پس از طبیعی شدن کامل مدفوع	در صورت منفی بودن اسمیر و کشت مدفوع ۴۸ ساعت پس از اتمام درمان آنتی بیوتیکی	-----
سل فعال ریوی و سل حنجره			دلیل این امر خطر انتقال سل از راه غذا نیست بلکه خطر انتقال به سایر همکاران است
عفونت‌های پوستی (در نواحی ذکر شده)	تا زمان بهبودی کامل بالینی	-----	حتی جوش فعال یا فورونکل در صورت یا عفونت ریشه ناخن مانند پارونیشیا حتی با پوشیدن دستکش منع دارند.
ضایعات فعال و مرطوب پوستی / ضایعات ترشح دار پوستی (در نواحی ذکر شده)	تا زمان بهبودی کامل و خشک شدن ضایعات	-----	زخم‌های تمیز و بدون ترشح فقط باید با دستکش مناسب پوشانده شده و منعی برای فعالیتهای Food-handling ندارند.
فارنژیت استرپتوکوکی	تا ۴۸ ساعت پس از شروع درمان و افت تب	-----	-----
ناقل ژیا ردیا	تا اتمام دوره درمان	-----	-----
ناقل آمیب	تا اتمام دوره درمان	-----	-----
سایر انگلهای روده ای	تا اتمام دوره درمان	-----	-----

### Medical Certification Form (Food Handlers)

تاریخ:

مشخصات فردی	نام و نام خانوادگی:	شماره پرسنلی:	سن:	نام شرکت:	عنوان شغل:
این قسمت توسط ناظر تکمیل شده و به امضاء و تأیید وی می‌رسد.	<p>آیا سابقه اخیر از بیماری‌های 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 بیماری‌های 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 بیماری‌های سل / حصبه/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>				
	اینجانب ..... کلیه اظهارات خود را در پاسخ به موارد فوق تأیید نموده و مسئولیت آن را به عهده می‌گیرم.				
<b>امضاء و اثر انگشت شاغل:</b>					
این قسمت توسط پزشک معاینه کننده تکمیل می‌شود.	<p><b>• Physical Examination:</b></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>				
	پزشک معاینه کننده:	تاریخ معاینه:	مهر و امضاء:		
توسط پزشک	<p><b>• Stool Smear/Culture Result:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Positive for: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Negative:</p>				
توسط رئیس طب صنعتی تکمیل می‌شود.	<p><b>• Recommendations:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Suitable for food handling.</p> <p><input type="checkbox"/> Unsuitable as food handling for ..... days.</p>				
	نامبرده به مدت ..... روز برای اشتغال در هر گونه فعالیت آماده سازی، پخت، بسته بندی، سرو یا انتقال مواد غذایی نامناسب می‌باشد. بدیهی است در تاریخ ..... باید جهت ارزیابی و تأیید مجدد پزشکی به مرکز طب صنعتی و بهداشت مراجعه نماید.				

مهر مرکز طب صنعتی و بهداشت

رئیس طب صنعتی و بهداشت

مهر و امضاء



FO-22-00-OM

بهداشت و درمان صنعت نفت استان .....  
مرکز سلامت کار.....

### فرم ممانعت از کار پرسنل شاغل در مراکز طبخ و عرضه مواد غذایی

مسئول محترم واحد HSE شرکت .....

با سلام؛

احتراماً، به استحضار می‌رساند آقای ..... پرسنل پیمانکار ..... در

تاریخ ..... به علت ابتلا به بیماری .....

به مدت ..... روز از حضور ایشان در محل کار ممانعت گردد.

بدیهی است پس از اتمام این مدت حضور مجدد نامبرده در محیط کار منوط به اجازه کتبی پزشک مرکز

سلامت کار می‌باشد.

رئیس مرکز سلامت کار

کارشناس بهداشت