|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО |  |  | | |  | Компания | |  |
| Цель визита | | |  |  |  | | Дата |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | | **Да** | | |  | **Нет** | | |
| 1. | Болели ли вы в последние 3 месяца:любым вызывающим расстройство желудка вирусом, | | | |  | |  |  | | |  |
|  | Гепатитом А, Сальмонеллой, Шигеллой, Стрептококком, Стафилококком, патогенной кишечной палочкой? Если да, укажите, чем:: | | | |  | |  |  | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  | |  |  | | |  |
| 2. | Болели ли вы желтухой в последние 3 месяца? | | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |  |
|  |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 3. | Есть ли у вас в настоящее время: диарея, температура, рвота, ангина, гнойные заболевания? Если да, укажите что: | | | |  | |  |  | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |  |
| 4. | Есть ли у вас в настоящее время кожные заболевания? Если да, укажите что: | | | |  | |  |  | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  | |  |  | | |  |
| 5. | В последние 3 месяца был ли у вас контакт с лицом, имеющим вышеперечисленные заболевания? Если да, то когда и какие заболевания? | | | |  | |  |  | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  | |  |  | | |  |
| 6. | Есть ли у вас кашель? | | |  |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |  |
| 7. | Есть ли у вас заболевания, которые могут проявиться во время, визита? (Например, эпилепсия) | | | |  | |  |  | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |  |
| 8. | В последние 3 мес посещали ли вы следующие страны (*список стран* | | |  |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |  |

* На предприятии нет аллергенов: (*перечислить*). Поэтому, если при вас есть эти аллергены, оставьте их (указать, где- в специально выделенной ячейке на проходнлй в машине и т. п.)
* Если вы сейчас носите пластырь и будете посещать производственную зону, пожалуйста, смените его на специальный синий пластырь, определяемый металлодетектором.

Подтверждаю, что вопросы мне понятны, а мои ответы соответствуют действительности.

Я ознакомлен с информацией для посетииелей относительно правил поведения на предприятии и согласен с ними.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подпись и расшифровка** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Для сотрудников предприятия:**  Если имеется хоть один ответ "Да", вход в производственную зону для посетииеля **не разрешается.** Необходимо проинформировать Отдела качества и получить от них дальнецшие распоряжентя. .  Если все ответы "Нет", доступ разрешен.  **Заполняет ответственный сотрудник:** | | | | |  |
| Посетителю разрешен вход: | | | Да / Нет | |  |
| Если нет, передайте информацию в Отдел качества. | | | | | |
| **Подпись ответственного** |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Отдел качества:**  **Отказ в допуске / Разрешение на допуск (пляснить)** |  |
|  |  |
| **Подпись и расшифровка** |  |