Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

ការប្រគល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ច ៖ កិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់ដំណើរការប្រគល់អំណាច

NURSE DELEGATION: CONSENT FOR DELEGATION PROCESS

1. ឈ្មោះរបស់អតិថិជន	2. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	3. លេខ ID/ការដ្ឋាន (មិនដាក់ក៏បាន)
4. អាសយដ្ឋានរបស់អតិថិជន ក្រុង រដ្ឋ ហ្ស៊ីپកូដ		5. លេខទូរស័ព្ទ

6. មន្ទីរ ឬកម្មវិធីសំរាប់គេទាក់ទង	7. លេខទូរស័ព្ទ	8. លេខទូរសារ	9. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

10. ការដ្ឋាន	11. អ្នកវិនិច្ឆ័យរបស់អតិថិជន	12. ប្រតិកម្មទ៉ងធាតុផ្សេងៗ
☐ កម្មវិធីនិវេសនដ្ឋានសហគមន៍មានការបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវសំរាប់ជនពិការពីកំណើត-ក្មេងវ័យ		
☐ គេហដ្ឋានគ្រួសារនីតិជនមានអាជ្ញាប័ណ្ណ		
☐ គេហដ្ឋានផ្គត់ផ្គង់អាហារូបត្ថម្ភមានអាជ្ញាប័ណ្ណ		
☐ គេហដ្ឋានឯកជន/ផ្សេងៗ		

13. អ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំសុខភាពបឋម	14. លេខទូរស័ព្ទ

កិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់ដំណើរការប្រគល់អំណាច

ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ព័ត៌មានថា ប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាយិកាមានអាជ្ញាប័ណ្ណ (Registered Nurse Delegator) ទ៉ងប្រគល់អំណាចជូនតែអ្នកថែទាំណា ដែលមានសមត្ថភាព ព្រមទាំងសុខចិត្តធ្វើកិច្ចការ(ទានា)ឲ្យបានត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ។ ការប្រគល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ចនឹងត្រូវធ្វើឡើងតែនៅក្រោយគ្រាំ ដែលអ្នកថែទាំបានបំពេញចំប់ នូវការហ្វឹកហ្វឺនដែលរដ្ឋបានតម្រូវ (WAC 246-841-405(2)(a)) ទ៉ងការហ្វឹកហ្វឺនផ្ទៅត់លើលក្ខណ៏ៈបុគ្គលពីប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាយិកាមានអាជ្ញាប័ណ្ណប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំក៏យល់ថែមទ្យើតថា កិច្ចការ(ទានា)ខាងក្រោមនេះប្រហែលជានងមិនត្រូវគេប្រគល់ជូនដលអ្នកថែទាំណាម្នាក់ឡើយ ៖

- ការគ្រប់គ្រងវិធីប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលតាមរយៈការចាក់ (ដូចជា IM, Sub Q, IV) **លើកលែងតែការចាក់ថ្នាំ*អ៊ីនស៊ីលីន* (ឯសថកែរោគទឹកនោមផ្អែម)មួយចេញ។** ច្បាប់ ESSHB 2668 (2008) អនុញ្ញាតឲ្យមានការប្រគល់អំណាចចំ។តែទៅលើការចាក់ថ្នាំ*អ៊ីនស៊ីលីន* ប៉ុណ្ណោះ។
- វិធីការសម្ងាប់មេរោគផ្សេងៗ។
- ការមើលថែរក្សាទុយយ៉ូបញ្ចូលថ្នាំតាមសរសៃសណ្ឋាមធំ (Central line maintenance)។
- កិច្ចការនានាដែលតម្រូវឲ្យមានការវិនិច្ឆ័យពីគិលានុបដ្ឋាយិកា

ប្រសិនបើកិច្ចព្រមព្រៀងបានធ្វើឡើងដោយការនិយាយគ្នាតែមាត់, នោះត្រូវតែមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាលិខិតលាយលក្ខណ៏អក្សរបន្ថែមនៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

15. ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ	16. លេខទូរស័ព្ទ	17. កាលបរិច្ឆេទ

18. កិច្ចព្រមព្រៀងផ្ទាល់មាត់បានទទួលពី	19. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអតិថិជន	20. កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានវាយតម្លៃមើលអតិថិជនរូបនេះចប់សព្វគ្រប់អស់ហើយ ព្រមទាំងបានរកឃើញថា ស្ថានភាពរបស់គាត់មានលំនឹងជាធម្មតា ហើយអាចព្យាករណ៏ជឹងជាមុនបានផង។ ខ្ញុំព្រមផ្តល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ចជូន ទៅតាមស្តារតីនៃក្រម RCW 18.79 និងក្រម WAC 246-840-910 ដល់ 970។

21. ឈ្មោះរបស់ RND – ចូរសរសេរអក្សរផ្ទង់	22. លេខទូរស័ព្ទ
23. ហត្ថលេខារបស់ RND	24. កាលបរិច្ឆេទ

ដើម្បីប្រាប់ទូរទ្ធកងូល់ ឬដាក់ពាក្យបណ្ដឹងអំពីការប្រគល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ច (Nurse Delegation), សូមទូរស័ព្ទទាក់ទងលេខ 1-800-562-6078

COPY IN CLIENT CHART AND RND FILE

INSTRUCTIONS – NURSE DELEGATION: CONSENT FOR DELEGATION PROCESS

All fields are required unless indicated **"OPTIONAL".**

1. Client Name: Enter ND client's name (last name, first name).
2. Date of Birth: Enter ND client's date of birth (month, day, year).
3. ID Setting: OPTIONAL – Enter client's ID number as assigned by your business OR enter settings "AFH", "BH", DDD Program, "In-home".
4. Client Address: Enter the address where the client currently resides, including street address, city, state and zip code.
5. Telephone Number: Enter the telephone including area code where the client can be reached.
6. Facility or Program Contact: Enter the name of facility or name of individual to contact at the facility. Enter N/A if client resides in own home.
7. Telephone Number: Enter the telephone number including area code if different from 5. above.
8. Fax Number: Enter the fax number at the facility if available.
9. E-mail Address: Enter e-mail address of client or facility if available.
10. Setting: Check the appropriate box.
11. Client Diagnosis: Enter client's diagnoses that affect the delegated task.
12. Allergies: List known allergies or "N/A" if none.
13. Health Care Provider: Enter name of client's health care provider.
14. Telephone Number: Enter telephone number including area code of provider named in 13.
15. Client or Authorized Representative Signature: Read the statement to the client/authorized representative and explain the nurse delegation process to them before they sign.
16. Telephone Number: Ask them to enter their telephone number if different from 5. above.
17. Date: Date the signature.
18. Verbal Consent Obtained From: Read the statement to the client/authorized representative and explain the nurse delegation process to them before obtaining verbal consent. Print the name. Written consent must be obtained within 30 days of verbal consent.
19. Relationship to Client: Enter the relationship of the person to the client named in 18. above.
20. Date: Date when you obtained verbal consent.
21. PND Name: Print your name.
22. Telephone Number: Enter your telephone number including area code.

23. & 24. RND Signature and Date: Sign and date your signature verifying consent.