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

ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ФУНКЦИЙ МЕДСЕСТРЫ: СОГЛАСИЕ НА ДЕЛЕГИРОВАНИЕ

NURSE DELEGATION: CONSENT FOR DELEGATION PROCESS

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	2. ДАТА РОЖДЕНИЯ:	3. НОМЕР ID/ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ПРОЖИВАНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

4. АДРЕС КЛИЕНТА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	5. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

6. КОНТАКТНОЕ ЛИЦО В УЧРЕЖДЕНИИ ИЛИ ПРОГРАММЕ	7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	8. НОМЕР ФАКСА	9. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

10. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ПРОЖИВАНИЯ	11. ДИАГНОЗ КЛИЕНТА	12. АЛЛЕРГИИ
☐ Сертифицированная программа пансионного типа по месту жительства для инвалидов с дефектами развития		
☐ Лицензированное семейное жильё для взрослых		
☐ Лицензированный пансион		
☐ Частный дом/иное		

13. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ИЛИ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ	14. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

СОГЛАСИЕ НА ДЕЛЕГИРОВАНИЕ

Я проинформирован(а) о том, что дипломированная медсестра будет делегировать свои функции только тем поставщикам услуг, которые способны и желают надлежащим образом выполнять эти функции. Делегирование функций медсестры будет производиться только по завершении прохождения поставщиком услуг требуемой штатом подготовки (раздел WAC 246-841-405(2)(a) Административного кодекса штата Вашингтон), а также индивидуальной подготовки под руководством дипломированной медсестры, делегирующей свои функции. Я также понимаю, что делегирование следующих функций исключается:

- Введение или помощь в приёме лекарств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), **за исключением инъекций инсулина.** Закон ESSHB 2668 (2008 г.) явно разрешает делегирование функций по проведению инъекций инсулина.
- Стерильные процедуры.
- Обслуживание центрального венозного катетера.
- Действия, включающие принятие решений, которые требуют медсестринской квалификации

Если согласие дано устно, то в течение 30 дней необходимо получить письменное согласие.

15. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	16. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	17. ДАТА

18. УСТНОЕ СОГЛАСИЕ ПОЛУЧЕНО ОТ:	19. КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	20. ДАТА

Мои подпись внизу подтверждает, что я провел(а) оценку состояния данного клиента и нахожу, что оно стабильно и предсказуемо. Я соглашаюсь произвести делегирование функций медсестры в соответствие в разделом RCW 18.79 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон и разделами WAC 246-840-910 – 246-840-970 Административного кодекса штата Вашингтон.

21. ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕДСЕСТРЫ, ДЕЛЕГИРУЮЩЕЙ СВОИ ФУНКЦИИ - ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	22. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
23. ПОДПИСЬ МЕДСЕСТРЫ, ДЕЛЕГИРУЮЩЕЙ СВОИ ФУНКЦИИ	24. ДАТА

С беспокойствами и жалобами по поводу делегирования функций медсестры звоните по тел. 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.