ប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាកៈ
ការយល់ព្រមសម្រាប់ដំណើរការប្រតិភូ

Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. អ្នកជំងឺ			2. លេខ ID អ្នកជំងឺ ACES	3. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
4. អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប៉ុស្តិ៍	5. លេខទូរសព្ទ
6. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺ				
7. ប្រតិកម្មប្រឆាំងរបស់អ្នកជំងឺ				
8. ទំនាក់ទំនងមណ្ឌល ឬកម្មវិធី			9. លេខទូរសព្ទ	
10. លេខទូរសារ		11. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		

12. ទីកន្លែង

- ☐ កម្មវិធីលំនៅដ្ឋានសហគមន៍ដែលបានបញ្ជាក់ DSHS សម្រាប់ពិការភាពការលូតលាស់
- ☐ ផ្ទះគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យមានអាជ្ញាប័ណ្ណ
- ☐ មណ្ឌលរស់នៅដែលបានជួយមានអាជ្ញាប័ណ្ណ
- ☐ ផ្ទះឯកជន

13. អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព	14. លេខទូរសព្ទ

ការយល់ព្រមសម្រាប់ដំណើរការប្រតិភូ

ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងថាគិលានុបដ្ឋាកដែលបានចុះបញ្ជីប្រតិភូ (RN) នឹងផ្ទេរទៅបុគ្គលិកថែទាំរយៈពេលវែង (LTCW) តែប៉ុណ្ណោះដែលមានសមត្ថភាព និងមានឆន្ទៈដើម្បីអនុវត្តកិច្ចការថែទាំដែលបានផ្ទេរ។ LTCW ត្រូវតែមានជំនួយការថែទាំ ឬជំនួយថែទាំតាមផ្ទះ - វិញ្ញាបនបត្រដែលបានបញ្ជាក់សកម្ម។ ប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាកនឹងកើតឡើងបន្ទាប់ពីការផ្ទេរ RN ត្រូវបានវាយតម្លៃសមត្ថភាពនៃជំនួយការថែទាំ ឬជំនួយថែទាំតាមផ្ទះដើម្បីអនុវត្តកិច្ចការថែទាំដែលបានផ្ទេរប្រកបដោយសមត្ថភាពនៅក្នុងអវត្តមាននៃការត្រួតពិនិត្យគិលានុបដ្ឋាកដោយផ្ទាល់ ឬភ្លាម។ និងបានបញ្ចប់ការបណ្តុះបណ្តាលត្រួសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខាភិបាលដែលបានទាមទារក្នុងមួយ RCW 18.79.260 និង WAC 246-840-930។

ខ្ញុំយល់បន្ថែមទៀតថាកិច្ចការខាងក្រោមប្រហែលជាមិនអាចផ្ទេរសិទ្ធិក្នុងមួយ WAC 246-840-910:

- ការគ្រប់គ្រងថ្នាំដោយការចាក់ (IM, Sub Q, IV) លើកលែងតែការចាក់អាំងស៊ុយលីន។
- និតិវិធីសម្ងាប់មេរោគ។
- ការថែទាំខ្សែកណ្តាល។
- សកម្មភាពដែលទាមទារការវិនិច្ឆ័យថែទាំ។

ប្រសិនបើការយល់ព្រមផ្តាល់មាត់ត្រូវបានទទួល ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរត្រូវបានទាមទារក្នុងពេល **30** ថ្ងៃ។

15. ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត	16. លេខទូរសព្ទ	17. កាលបរិច្ឆេទ
18. ការយល់ព្រមផ្តាល់មាត់ទទួលបានពី	19. ទំនាក់ទំនងនិងអ្នកជំងឺ	20. កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំបានវាយតម្លៃអ្នកជំងឺនេះ ហើយរកឃើញថាស្ថានភាពរបស់គាត់/នាងមានស្ថេរភាព និងអាចព្យាករណ៍បាន។
ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាកក្នុងមួយ RCW 18.79 និង WAC 246-840-910 រហូតដល់ 970។

21. ឈ្មោះ RN ប្រតិភូ - អក្សរពុម្ព	22. លេខទូរសព្ទ
23. ហត្ថលេខា RN ប្រតិភូ	24. កាលបរិច្ឆេទ

ដើម្បីរាយការណ៍ពីក្តីកង្វល់នៃប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាក ហៅទូរសព្ទទៅអង្គភាពដំណោះស្រាយបណ្តឹង **DSHS** តាមលេខទាន់ហេតុការណ៍ឥតគិតថ្លៃ **1-800-562-6078**
ការចែកចាយៈ ច្បាប់ដាក់ទូសតាងអតិថិជន និងដាឯកសារ RND

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញប្រតិភូគិលានុបដ្ឋាក៖ ការយល់ព្រមសម្រាប់ដំណើរការប្រតិភូ

វាលទាំងអស់ត្រូវបានទាមទារលុះត្រាតែបង្ហាញ “ស្រេចចិត្ត”។

1. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ បញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺដែលបានផ្តល់ (ឈ្មោះ គ្រកូល)។
2. លេខ ID អ្នកជំងឺ ACES៖ បញ្ចូលលេខ ID ACES អ្នកជំងឺ។
3. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ បញ្ចូលថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ។ (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ)។
4. អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ៖ បញ្ចូលអាសយដ្ឋានដែលអ្នកជំងឺរស់នៅបច្ចុប្បន្ន។ រួមទាំងលេខផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ និងកូដហ្ស៊ីប។
5. លេខទូរសព្ទ៖ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទរួមទាំងកូដតំបន់ដែលអ្នកជំងឺអាចទាក់ទងដល់។
6. ការវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺ៖ បញ្ចូលការវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺដែលប៉ះពាល់កិច្ចការដែលបានផ្តល់។
7. ប្រតិកម្មប្រឆាំង៖ ប្រតិកម្មប្រឆាំងដែលបានស្គាល់ ឬប្រតិកម្មប្រឆាំងដែលមិនបានស្គាល់។
8. ទំនាក់ទំនងមណ្ឌល ឬកម្មវិធី៖ បញ្ចូលឈ្មោះមណ្ឌល ឬឈ្មោះអ្នកត្រូវទាក់ទងនៅ មណ្ឌល ឬផ្ទះ។
9. លេខទូរសព្ទ៖ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទ។
10. ទូរសារ៖ បញ្ចូលលេខទូរសារនៅមណ្ឌលបើមាន។
11. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ បញ្ចូលអាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកជំងឺ ឬមណ្ឌលបើមាន។
12. ការកំណត់៖ គូសប្រអប់សមរម្យ។
13. អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព៖ បញ្ចូលឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ។
14. លេខទូរសព្ទ៖ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។
15. ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត៖ សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទៅកាន់អ្នកជំងឺ ឬតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត និងពន្យល់ពីដំណើរការប្រតិភូទៅកាន់ពួកគេ មុនពេលពួកគេចុះហត្ថលេខា។
16. លេខទូរសព្ទ៖ ស្នើឱ្យពួកគេបញ្ចូលលេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេ។
17. កាលបរិច្ឆេទ៖ កាលបរិច្ឆេទហត្ថលេខា។
18. ការយល់ព្រមផ្តាល់មាត់ទទួលបានពី៖ សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទៅកាន់អ្នកជំងឺ ឬតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត និងពន្យល់ពីដំណើរការប្រតិភូទៅកាន់ពួកគេ មុនពេលពួកគេទទួលការយល់ព្រមផ្តាល់មាត់។ បោះពុម្ពឈ្មោះពួកគេ។ ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរត្រូវតែទទួលបានក្នុងពេល 30 ថ្ងៃនៃការយល់ព្រមផ្តាល់មាត់។ ហត្ថលេខាអេឡិចត្រូនិកគឺអាចទទួលយកបាន។
19. ទំនាក់ទំនងទីងអ្នកជំងឺ៖ បញ្ចូលទំនាក់ទំនងទីងអ្នកជំងឺរបស់អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រម។
20. កាលបរិច្ឆេទ៖ កាលបរិច្ឆេទនៅពេលអ្នកទទួលបានការយល់ព្រមផ្តាល់មាត់។
21. ឈ្មោះ RN ប្រតិភូ៖ ឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព។
22. លេខទូរសព្ទ៖ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។
23. និង 24. ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ RN ប្រតិភូ៖ ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទផ្តៀងផ្ទាត់ការយល់ព្រម។