护士委托：
委托流程同意书

Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1.客户姓名				2.ACES 客户身份识别号码	3.出生日期
4.客户地址	城市	州	邮政编码		5.电话号码
6.客户诊断					
7.客户过敏					
8.机构或计划联系人				9.电话号码	
10.传真号码				11.电子邮件地址	

12.服务场所

- ☐ DSHS 认证的发育障碍者社区住宿计划
- ☐ 经许可的成人之家
- ☐ 经许可的辅助生活机构
- ☐ 私人住宅

13.医疗保健服务提供者	14.电话号码

委托流程同意书

本人已被告知，委托注册护士(RN)仅会向有能力且愿意正确执行委托护理任务的长期护理工作者(LTCW)授权。LTCW 必须拥有有效的注册护理助理或家庭护理助手认证资质。仅当委托注册护士评估确认注册护理助理或家庭护理助手具备在无直接或即时护士监督情况下胜任执行委托护理任务的能力，并确保其已完成华盛顿州社会福利服务部依据 RCW 18.79.260 和 WAC 246-840-930 规定的必备培训后，方可进行护士委托。

本人进一步知晓，根据 WAC 246-840-910 的规定，以下任务严禁委托：

- 注射给药（IM、Sub Q、IV），**但胰岛素注射除外。**
- 无菌程序。
- 中心导管的维护。
- 需要护理判断的操作

<u>如获得口头同意，需在口头同意后 30 天内补充书面同意。</u>

15.客户或授权代表签名	16.电话号码	17.日期
18.口头同意获取对象	19.与客户的关系	20.日期

本人签署以下内容，表明已对客户进行评估并确认其病情稳定且可预测。本人同意根据 RCW 18.79 和 WAC 246-840-910 至 970 条款执行护士委托。

21.委托注册护士姓名 - 工整填写	22.电话号码
23.委托注册护士签名	24.日期

如需报告护士委托相关问题，请致电 DSHS 投诉处理科免费热线 1-800-562-6078

分发：请将副本存入客户病历和 RND 档案中

护士委托填写说明：委托流程同意书

除标注**"可选"**的字段外，其余均为必填项。

1. 客户姓名：输入客户姓名（姓氏，名字）。
2. ACES 客户身份识别号码：输入客户的 ACES 身份识别号码。
3. 出生日期：输入客户出生日期（月，日，年）。
4. 客户地址：输入客户当前居住地址，包括街道地址、城市、州及邮政编码。
5. 电话号码：输入客户可联系的电话号码（含区号）。
6. 客户诊断：输入影响委托任务的客户诊断结果。
7. 过敏：列出已知过敏或未知过敏情况。
8. 机构或计划联系人：输入机构名称或者机构或家中可联系的个人姓名。
9. 电话号码：输入电话号码。
10. 传真号码：输入机构传真号码（如有）。
11. 电子邮件地址：输入客户或机构的电子邮件地址（如有）。
12. 服务场所：勾选对应的方框。
13. 医疗保健服务提供者：输入客户医疗保健服务提供者的姓名。
14. 电话号码：输入医疗保健服务提供者的电话号码。
15. 客户或授权代表签名：签名前请向客户/授权代表宣读以下声明，并解释护士委托流程。
16. 电话号码：请其输入电话号码。
17. 日期：请签署日期。
18. 口头同意获取对象：获得口头同意前，请向客户/ 权代表宣读声明并解释护士委托流程。工整填写其姓名。书面同意**须**在口头同意后 30 天内获取。接受电子签名。
19. 与客户的关系：输入同意方与客户的关系。
20. 日期：获取口头同意的日期。
21. 委托注册护士姓名：工整填写您的姓名。
22. 电话号码：输入您的电话号码。

23.和 24. 委托注册护士签名和日期：请签名并填写日期，以确认同意。