간호 위임:
위임 절차 동의

Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. 수혜자 이름	2. ACES 수혜자 ID 번호	3. 생년월일
4. 수혜자 주소 시 주 우편번호		5. 전화번호
6. 수혜자 진단		
7. 수혜자 알레르기		
8. 시설 또는 프로그램 문의처	9. 전화번호	
10. 팩스 번호	11. 이메일 주소	

12. 환경

☐ 발달장애인을 위한 DSHS 공인 커뮤니티 주거 프로그램
☐ 허가를 받은 성인 패밀리홈
☐ 허가를 받은 생활 보조 시설
☐ 개인 가정

13. 건강관리 제공자	14. 전화번호

위임 절차 동의

본인은 등록 간호사(RN) 위임이 간호 위임 업무를 올바르게 수행할 능력과 의지를 갖고 있는 장기요양보호사(LTCW)에 대한 위임으로 제한된다는 사실을 안내받았습니다. LTCW 는 간호 조무사 또는 홈케어 보조원 자격을 소지해야 합니다. 간호 위임은 위임 RN 의 간호 조무사 또는 홈케어 보조원이 직접 또는 즉시 간호 감독을 받지 않는 상태에서 위임받은 간호 업무를 능숙하게 수행할 능력을 평가하고 RCW 18.79.260 및 WAC 246-840-930 에 따른 보건사회부 교육을 이수한 경우에만 가능합니다.

본인은 또한 WAC 246-840-910 에 따라 다음 작업을 절대 위임할 수 없음을 인정합니다.

- **인슐린을 제외한** 주사(IM, Sub Q, IV)를 통한 약물 투약.
- 살균 절차.
- 중심정맥관 유지관리.
- 간호사 판단이 필요한 행동

구두 동의를 얻은 경우, 30 일 이내에 서면 동의를 받아야 합니다.

15. 수혜자 또는 공식 대리인 서명	16. 전화번호	17. 날짜
18. 다음으로부터 받은 구두 동의	19. 수혜자와의 관계	20. 날짜

아래 본인의 서명은 이 수혜자를 평가하였으며 상태가 안정적이고 예측 가능함을 확인했음을 나타냅니다. 본인은 RCW 18.79 및 WAC 246-840-910 ~ 970 에 따른 간호 위임을 제공할 것에 동의합니다.

21. 위임 RN 이름 - 정자체로 기입	22. 전화번호
23. 위임 RN 서명	24. 날짜

간호위임에 관련된 우려사항이 있으시면 DSHS 불만해결부서 무료 핫라인 1-800-562-6078 로 연락해주십시오

배부: 수혜자 차트 및 RND 파일 사본

간호 위임을 완료하기 위한 지침: 위임 절차 동의

모든 기입란은 **"선택"**으로 명시되지 않은 한 필수입니다.

1. 수혜자 이름: 위임 수혜자 이름(성, 이름)을 기입하십시오.
2. ACES 수혜자 ID 번호: 수혜자의 ACES ID 번호를 기입하십시오.
3. 생년월일: 수혜자의 생년월일(월, 일, 년)을 기입하십시오.
4. 수혜자 주소: 도로명 주소, 시, 주, 우편번호를 포함하여 수혜자가 현재 거주하는 곳의 주소를 기입하십시오.
5. 전화번호: 지역번호를 포함하여 수혜자에게 연락을 할 수 있는 전화번호를 기입하십시오.
6. 수혜자 진단: 위임 작업에 영향을 미치는 수혜자의 진단명을 기입하십시오.
7. 알레르기: 확인된 알레르기 또는 알레르기 없음 목록을 기입하십시오.
8. 시설 또는 프로그램 문의처: 시설이나 가정에서 연락을 받을 수 있도록 시설 이름 또는 개인 이름을 기입하십시오.
9. 전화번호: 전화번호를 기입하십시오.
10. 팩스 번호: 이용 가능한 경우 시설의 팩스 번호를 기입하십시오.
11. 이메일 주소: 이용 가능한 경우 시설 또는 수혜자의 이메일 주소를 기입하십시오.
12. 환경: 해당하는 상자에 체크하십시오.
13. 건강관리 제공자: 수혜자의 건강관리 제공자 이름을 기입하십시오.
14. 전화번호: 건강관리 제공자의 전화번호를 기입하십시오.
15. 수혜자 또는 공식 대리인 서명: 수혜자/공식 대리인이 서명을 하기 전에 진술을 읽어주시고 간호 위임 절차에 대해 설명해주십시오.
16. 전화번호: 전화번호를 기입하십시오.
17. 날짜: 날짜를 기입하십시오.
18. 다음으로부터 받은 구두 동의: 수혜자/공식 대리인이 구두 동의를 하기 전에 진술을 읽어주시고 간호 위임 절차에 대해 설명해주십시오. 이름을 정자체로 기입하십시오. 구두 동의일로부터 30 일 이내에 **반드시** 서면 동의를 받아야 합니다. 전자 서명도 가능합니다.
19. 수혜자와의 관계: 동의를 한 사람과 수혜자의 관계를 기입하십시오.
20. 날짜: 구두 동의를 받은 날짜를 기입하십시오.
21. 위임 RN 이름: 귀하의 이름을 정자체로 기입하십시오.
22. 전화번호: 전화번호를 기입하십시오.
23. 및 24. 위임 RN 서명 및 날짜: 동의를 확인하기 위해 서명과 날짜를 기입하십시오.