ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນນາຍພະຍາບານ:
ການຍິນຍອມສຳລັບການດຳເນີນການກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນ
Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	2. ເລກ ACES CLIENT ID	3. ວັນເກີດ
4. ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ ເມືອງ ລັດ ຊິບໂຄດ		5. ເລກໂທຣະສັບ
6. ການກວດພະຍາດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ		
7. ໂຣກພູມແພ້ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ		
8. ການຕິດຕໍ່ນຳສະຖານທີ່ຫລືໂຄງການ	9. ເລກໂທຣະສັບ	
10. ເລກແຟກຊ໌	11. ທີ່ຢູ່ອີແມລ໌	

12. ສະພາບບ່ອນຢູ່
- ☐ ໂຄງການເບິ່ງແຍງລ້ຽງດູຢູ່ເຮືອນອຸມນຸມອິນທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນໂດຍ DSHS ສຳລັບຄົນເສັ້ນອົງຄະໃນການຈະເຣີນເຕີບໃຕ
- ☐ ເຮືອນເບິ່ງແຍງລ້ຽງດູຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ
- ☐ ສະຖານທີ່ອາສັຍຢູ່ທີ່ຖືກຊ່ວຍເຫລືອທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ
- ☐ ເຮືອນເອກຊົນ

13. ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ	14. ເລກໂທຣະສັບ

ການຍິນຍອມສຳລັບການດຳເນີນການກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແຈ້ງບອກວ່າຜູ້ແທນນາຍພະຍາບານທີ່ຖືກລົງທະບຽນ (RN) ຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນໃຫ້ແຕ່ພະນັກງານປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ (LTCW) ຜູ້ທີ່ສາມາດແລະຍິນດີທີ່ຈະປະຕິບັດໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ແທນນາຍພະຍາບານທີ່ຖືກຢ່າງເໝາະສົມ. LTCW ຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນໃຊ້ໄດ້ໃນປັດຈຸບັນ-ຜູ້ຊ່ວຍເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ຕາມເຮືອນ.ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນນາຍພະຍາບານຈະເກີດຂຶ້ນໃນເວລາດຽວເທົ່ານັ້ນຫລັງຈາກ RN ຜູ້ທີ່ຜູ້ທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໄດ້ປະເມີນຜົນເບິ່ງຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ຊ່ວຍນາຍພະຍາບານຫລືຜູ້ຊ່ວຍເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ຕາມເຮືອນເພື່ອຈະປະຕິບັດໜ້າທີ່ຢ່າງມີຄວາມສາມາດໃນພາລະກິດການພະຍາບານທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃນການຂາດບໍ່ມີການຄວບຄຸມເບິ່ງນຳຂອງນາຍພະຍາບານໂດຍກົງຫລືທັນທີແລະໄດ້ສຳເຣັດການຝຶກຝົນທີ່ຖືກບົ່ງໄດ້ໂດຍ Department of Social and Health Services ໂດຍອີງຕາມ

RCW 18.79.260 ແລະ WAC 246-840-930.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຕໍ່ໄປອີກວ່າພາລະກິດຕໍ່ລົງໄປນີ້ອາດຈະບໍ່ຖືກແຕ່ຕັ້ງຈັກເທື່ອໂດຍອີງຕາມ WAC 246-840-910:

- ການຄວບຄຸມນຳຢາໂດຍການສັກຢາ (IM, Sub Q, IV) ຍົກເວັ້ນການສັກຢາອິນຊູລິນ.
- ວິທີການຂ້າເຊື້ອໂຣກ.
- ການຮັກສາສາຍສູນກາງ.
- ການກະທຳທີ່ຕ້ອງມີການຕັດສິນໃຈໃນການເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າ

ຖ້າຫາກວ່າການຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າໄດ້ຖືກຮັບເອົາ,ໃບໜັງສືຍິນຍອມຕ້ອງໃຫ້ມີພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າ.

15. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລືຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງ	16. ເລກໂທຣະສັບ	17. ວັນທີ
18. ການຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າໄດ້ຮັບມາຈາກ	19. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	20. ວັນທີ

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຊີ້ບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປະເມີນຣາຄາເບິ່ງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຄົນນີ້ແລະໄດ້ພິບວ່າສະພາບຂອງລາວແມ່ນທຸ່ນທ່ຽງແລະຄາດຄະເນໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນພ້ອມທີ່ຈະເອົາການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນນາຍພະຍາບານໃຫ້ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍ RCW 18.79 ແລະ WAC 246-840-910 ຮອດ 970.

21. ຊື່ຂອງ DELEGATION RN – ຂຽນເປັນຕົວພິມ	22. ເລກໂທຣະສັບ
23. ລາຍເຊັນຂອງ DELEGATION RN	24. ວັນທີ

ເພື່ອຈະລາຍງານຄວາມຂ້ອງໃຈໃນການແຕ່ງຕັ້ງນາຍພະຍາບານ,ໂທຫາຫນ່ວຍ DSHS Complaint Resolution Unit ເລກໂທຟຣີທີ່ 1-800-562-6078

ການແຈກຢາຍ: ໄກປີ້ໄວ້ໃສ່ໃນປັ້ນຫົກຂອງຜູ້ຮັບແລະສຳນວນ RND

ຄຳແນະນຳສຳລັບການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນນາຍພະຍາບານ:ການຍິນຍອມສຳລັບການດຳເນີນການກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ແທນ

ບ່ອນວ່າງທຸກໆບ່ອນຕ້ອງມີຫຼາຍກວ່າ **"ຕາມສະມັກໃຈ".**

1. ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ: ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງ (ນາມສະກຸນ,ຊື່).
2. ເລກ ACES Client ID: ຂຽນເລກ ACES ID ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ.
3. ວັນເກີດ: ຂຽນວັນເກີດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ (ເດືອນ,ວັນ,ປີ).
4. ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ: ຂຽນທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາສັຍຢູ່ໃນປັດຈຸບັນ,ລວມທັງທີ່ຢູ່ຖາວອນ,ເມືອງ,ຣັດແລະຊິບໂຄດ.
5. ການຕິດຕໍ່ນຳສະຖານທີ່ຫລືໂຄງການ: ຂຽນເລກໂທຣະສັບລວມທັງຣະຫັດເຂດບ່ອນທີ່ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອສາມາດຖືກຕິດຕໍ່ຫາໄດ້.
6. ການກວດພະຍາດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ: ຂຽນການກວດພະຍາດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ສະທ້ອນເຖິງພາລະກິດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງ.
7. ໂຣກພູມແພ້: ຂຽນຊື່ຂອງໂຣກພູມແພ້ທີ່ຮູ້ຈັກຫລືບໍ່ຮູ້ຈັກ.
8. ການຕິດຕໍ່ນຳສະຖານທີ່ຫລືໂຄງການ: ຂຽນຊື່ຂອງສະຖານທີ່ຫລືຊື່ຂອງບຸກຄົນເພື່ອຈະຕິດຕໍ່ຫາຢູ່ສະຖານທີ່ຫລືເຮືອນ.
9. ເລກໂທຣະສັບ: ຂຽນເລກໂທຣະສັບ.
10. ເລກແຟກຊ໌: ຂຽນເລກແຟກຊ໌ຢູ່ສະຖານທີ່ຖ້າມີຢູ່.
11. ທີ່ຢູ່ອີແມລ໌: ຂຽນທີ່ຢູ່ອີແມລ໌ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລືຂອງສະຖານທີ່ຖ້າມີຢູ່.
12. ສະພາບບ່ອນຢູ່: ໝາຍໃສ່ບອກ໌ທີ່ເໝາະສົມ.
13. ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ: ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ.
14. ເລກໂທຣະສັບ: ຂຽນເລກໂທຣະສັບຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ.
15. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລືຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງ: ອ່ານຄຳແຈ້ງການໃຫ້ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແລະອະທິບາຍການດຳເນີນການແຕ່ງຕັ້ງນາຍພະຍາບານໃຫ້ເອົາເຈົ້າຟັງກ່ອນທີ່ເອົາເຈົ້າເຊັນຊື່.
16. ເລກໂທຣະສັບ: ບອກໃຫ້ເອົາເຈົ້າຂຽນເລກໂທຣະສັບຂອງເອົາເຈົ້າໃສ່.
17. ວັນທີ: ໃສ່ວັນທີລາຍເຊັນ.
18. ການຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າໄດ້ຮັບມາຈາກ: ອ່ານຄຳແຈ້ງການໃຫ້ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແລະອະທິບາຍການດຳເນີນການແຕ່ງຕັ້ງນາຍພະຍາບານໃຫ້ເອົາເຈົ້າຟັງກ່ອນທີ່ຈະເອົາຄຳຍິນຍອມປາກເປົ່າມາ.ຂຽນຊື່ຂອງເອົາເຈົ້າ.ໃບໜ້ງສືຍິນຍອມ **ຕ້ອງ** ໄດ້ມາພາຍໃນ 30 ວັນຂອງຄຳຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າ.ລາຍເຊັນເອເລກໂທຣນິກກໍຮັບເອົາໄດ້.
19. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ: ຂຽນຄວາມສັມພັນຕໍ່ຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ຄຳອະນຸຍາດ.
20. ວັນທີ: ໃສ່ວັນທີເມື່ອເວລາທ່ານໄດ້ຄຳຍິນຍອມປາກເປົ່າມາ.
21. ຊື່ຂອງ Delegating RN: ຂຽນຊື່ຂອງທ່ານ.
22. ເລກໂທຣະສັບ: ຂຽນເລກໂທຣະສັບຂອງທ່ານ.
23. ແລະ 24. ລາຍເຊັນແລະວັນທີຂອງ Delegating RN : ເຊັນຊື່ແລະໃສ່ວັນທີເພື່ອຈະພິສູດຄຳຍິນຍອມ.