Делегирование полномочий медсестры: Согласие на процесс делегирования

Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES КЛИЕНТА	3. ДАТА РОЖДЕНИЯ
4. АДРЕС КЛИЕНТА ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		5. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
6. ДИАГНОЗ КЛИЕНТА		
7. АЛЛЕРГИИ КЛИЕНТА		
8. КОНТАКТЫ УЧРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ПРОГРАММЫ		9. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
10. НОМЕР ФАКСА	11. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	

12. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УХОДА

- ☐ Сертифицированная DSHS программа, предоставляющая учреждения с проживанием для лиц с нарушениями развития
- ☐ Лицензированный дом семейного проживания для взрослых
- ☐ Лицензированные учреждения для проживания с уходом
- ☐ Частный дом

13. ПОСТАВЩИК МЕКДИЦИНСКИХ УСЛУГ	14. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Согласие на процесс делегирования

Меня проинформировали о том, что делегирующая дипломированная медсестра (Registered Nurse, RN) будет делегировать свои полномочия только работникам по долгосрочному уходу (Long Term Care Workers, LTCW), которые способны и хотят надлежащим образом выполнять делегированную (-ые) задачу (-и) медсестры. LTCW обязан иметь сертификацию в качестве помощника медсестры или сертифицированного помощника по уходу на дому. Делегирование полномочий медсестры будет происходить только после того, как делегирующая RN оценит способность помощника медсестры или помощника по уходу на дому компетентным образом выполнять делегированную задачу медсестры в отсутствие прямого и непосредственного контроля со стороны медсестры, а также проверит, что помощник прошел обучение, требуемое Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services) согласно RCW 18.79.260 и WAC 246-840-930.

Кроме того, я понимаю, что следующую задачу (следующие задачи), возможно, никогда нельзя будет делегировать согласно WAC 246-840-910:

- Введение медикаментов инъекционным путем (внутримышечно (IM), подкожно (Sub Q), внутривенно (IV)) **кроме инъекций инсулина.**
- Стерильные процедуры.
- Уход за центральным катетером.
- Задачи, требующие медсестринской оценки.

Если получено устное согласие, то письменное согласие необходимо предоставить в течение 30 дней с даты устного согласия.

15. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	16. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	17. ДАТА
18. УСТНОЕ СОГЛАСИЕ ПОЛУЧЕНО ОТ	19. КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	20. ДАТА

Моя подпись ниже свидетельствует о том, что я провел(а) оценку этого клиента и нахожу его/ее состояние стабильным и предсказуемым. Я соглашаюсь предоставить делегирование полномочий медсестры согласно RCW 18.79 и главам WAC с 246-840-910 по 970.

21. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДЕЛЕГИРУЮЩЕЙ ДИПЛОМИРОВАННОЙ МЕДСЕСТРЫ (RN) — ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	22. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
23. ПОДПИСЬ ДЕЛЕГИРУЮЩЕЙ ДИПЛОМИРОВАННОЙ МЕДСЕСТРЫ (RN)	24. ДАТА

Чтобы сообщить об опасениях относительно делегирования полномочий медсестры, звоните на бесплатную горячую линию Отдела по урегулированию жалоб (Complaint Resolution Unit) DSHS по телефону 1-800-562-6078;

КОПИИ: Копия в карте клиента и в документации RND

Инструкции по заполнению формы «Делегирование полномочий медсестры: Согласие на процесс делегирования»

Все поля обязательны к заполнению, кроме тех, которые помечены как **«НЕОБЯЗАТЕЛЬНО».**

1. Имя и фамилия клиента: Укажите имя и фамилию клиента, чьи процедуры делегируются (фамилия, имя)
2. Идентификационный номер ACES клиента: Укажите идентификационный номер ACES клиента.
3. Дата рождения: Укажите дату рождения клиента (месяц, день, год).
4. Адрес клиента: Укажите текущий адрес проживания клиента, включая улицу и номер дома, штат и почтовый индекс.
5. Номер телефона: Укажите номер телефона (и код территориальной зоны), по которому можно связаться с клиентом.
6. Диагноз клиента: Напишите диагнозы клиента, которые влияют на делегируемую задачу.
7. Аллергии: Перечислите известные аллергии или напишите «Нет известной аллергии».
8. Контакты учреждения или программы: Укажите название учреждения или имя и фамилию лица, к которому можно обратиться в учреждении или дома.
9. Номер телефона: Напишите номер телефона.
10. Номер факса: Напишите номер факса учреждения, если он имеется.
11. Адрес электронной почты: Напишите адрес электронной почты клиента или учреждения, если он имеется.
12. Условия оказания ухода: Отметьте соответствующий квадрат.
13. Поставщик медицинских услуг: Напишите имя и фамилию или название поставщика медицинских услуг клиента.
14. Номер телефона: Напишите номер телефона поставщика медицинских услуг.
15. Подпись клиента или его уполномоченного представителя: Прочтите это утверждение клиенту / его или ее уполномоченному представителю и объясните ему/ей процесс делегирования полномочий медсестры перед тем, как он или она поставит свою подпись.
16. Номер телефона: Попросите это лицо написать свой номер телефона.
17. Дата: Поставьте дату, в которую подписан документ.
18. Устное согласие получено от: Прочтите это утверждение клиенту / его или ее уполномоченному представителю и объясните ему/ей процесс делегирования полномочий медсестры перед тем, как получить устное согласие. Напишите имя и фамилию этого лица печатными буквами. Письменное согласие **обязательно должно** быть получено в течение 30 дней с дачи устного согласия. Принимается электронная подпись.
19. Кем приходится клиенту: Укажите, кем приходится клиенту лицо, дающее согласие.
20. Дата: Дата получения вами устного согласия.
21. Имя и фамилия делегирующей дипломированной медсестры (RN): Напишите ваше имя и фамилию печатными буквами.
22. Номер телефона: Укажите ваш номер телефона.

23. и 24. Подпись делегирующей медсестры (RN) и дата: Подпись и дата, подтверждающие согласие.