

ການແຕ່ງຕັ້ງນາຍໜັມ:
ຄໍາຍິນຍອມສໍາລັບການດໍາເນີນການແຕ່ງຕັ້ງ
Nurse Delegation:
Consent for Delegation Process

1. ຊື່ຂອງລູກຄ້າ		2. ວັນເກີດ		3. ID/ສະຖານທີ່/ຕາມສະມັກໃຈ	
4. ທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າ		ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ	5. ເລກໂທຣະສັບ
6. ການຕິດຕໍ່ນໍາສະຖານທີ່ໂຄງການ			7. ເລກໂທຣະສັບ		8. ເລກແຟກຊ໌
					9. ທີ່ຢູ່ອີເມວລ໌
10. ສະຖານທີ່		11. ການກວດພະຍາດຂອງລູກຄ້າ		12. ການແພ່ຕໍ່ທາດ ຫລື ສິ່ງໃດສິ່ງນຶ່ງ	
<input type="checkbox"/> ໂຄງການຊ່ວຍຢູ່ເຮືອນໃນຊຸມຊົນທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນສໍາລັບຄົນເສຍອົງຄະການຈະເຣີນເຕີບໂຕ					
<input type="checkbox"/> ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ					
<input type="checkbox"/> ເຮືອນເຮງໜີ້ຊ່ວຍນໍາການດໍາລົງຊີວິດ					
<input type="checkbox"/> ເຮືອນເອກຊົນ/ອື່ນໆ					
13. ຜູ້ໃຫ້ການປຶ້ນປົວສຸຂະພາບ				14. ເລກໂທຣະສັບ	

ຄໍາຍິນຍອມສໍາລັບການດໍາເນີນການແຕ່ງຕັ້ງ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແຈ້ງບອກວ່າຜູ້ແຕ່ງຕັ້ງວຽກສໍາລັບນາຍໜັມຜູ້ມີໃບປະກາດຈະແຕ່ງຕັ້ງໜ້າທີ່ໃສ່ແຕ່ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຜູ້ທີ່ສາມາດແລະຍິນດີທີ່ຈະປະຕິບັດພາລະໜ້າທີ່ຢ່າງເໝາະສົມເທົ່ານັ້ນ. ການແຕ່ງຕັ້ງນາຍໜັມຈະເກີດຂຶ້ນຢ່າງດຽວເທົ່ານັ້ນຫລັງຈາກທີ່ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລໄດ້ສໍາເລັດການຝຶກຝົນທີ່ຖືກປຶ້ງໄວ້ໂດຍຮັດ(WAC 246-841-405(2)(a)) ແລະການຝຶກຝົນສ່ວນບຸກຄົນຈາກຜູ້ແຕ່ງຕັ້ງວຽກສໍາລັບນາຍໜັມຜູ້ມີໃບປະກາດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈເພີ່ມເຕີມອີກວ່າພາລະໜ້າທີ່ຕໍ່ລົງໄປນີ້ອາດຈະບໍ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຈັກເທື່ອ:

- ການກໍາກັບນໍາຢາໂດຍການສັກຢາ (IM, Sub Q, IV) ຍົກເວັ້ນແຕ່ການສັກຢາອິນຊູລິນ. ESSHB 2668 (2008) ອະນຸຍາດການແຕ່ງຕັ້ງສໍາລັບການສັກຢາອິນຊູລິນໂດຍສະເພາະ.
- ວິທີການຂ້າພະຍາດ.
- ການບິວຣະບັດຮັກສາສາຍສູນກາງ.
- ການກະທໍາຊຶ້ງຕ້ອງມີການຕັດສິນໃຈທາງການພະຍາບານ

ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າໄດ້ຖືກເອົາມາ, ໃບໜັງສືຍິນຍອມຕ້ອງໄດ້ມີພາຍໃນ 30 ວັນຂອງຄໍາຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າ.

15. ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ		16. ເລກໂທຣະສັບ		17. ວັນທີ	
18. ຄໍາຍິນຍອມທາງປາກເປົ່າໄດ້ຖືກເອົາມາຈາກ		19. ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ລູກຄ້າ		20. ວັນທີ	

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ບໍ່ອະນຸຍາດວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕິຣາຄາເບິ່ງລູກຄ້າຄົນນີ້ແລະ ໄດ້ພົບວ່າສະພາບຂອງລາວແມ່ນທຸ່ນທ່ຽງ ແລະ ຄາດໝາຍໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມທີ່ຈະເອົາການແຕ່ງຕັ້ງນາຍໜັມໃຫ້ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍ RCW 18.79 ແລະ WAC 246-840-910 ໄປຮອດ 970.

21. ຊື່ຂອງ RND - ຂຽນເປັນຕົວພິມ		22. ເລກໂທຣະສັບ	
23. ລາຍເຊັນຂອງ RND		24. ວັນທີ	

ເພື່ອຈະຈົດລົງທະບຽນຄວາມເຂົ້າໃຈ ຫລື ຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງນາຍໜັມ, ກະຮຽນາໂທຣະສັບໄປທີ່ 1-800-562-6078

COPY IN CLIENT CHART AND RND FILE

INSTRUCTIONS – NURSE DELEGATION: CONSENT FOR DELEGATION PROCESS

All fields are required unless indicated “OPTIONAL”.

1. Client Name: Enter ND client’s name (last name, first name).
2. Date of Birth: Enter ND client’s date of birth (month, day, year).
3. ID Setting: OPTIONAL – Enter client’s ID number as assigned by your business OR enter settings “AFH”, “ALF”, DDD Program, “In-home”.
4. Client Address: Enter the address where the client currently resides, including street address, city, state and zip code.
5. Telephone Number: Enter the telephone including area code where the client can be reached.
6. Facility or Program Contact: Enter the name of facility or name of individual to contact at the facility. Enter N/A if client resides in own home.
7. Telephone Number: Enter the telephone number including area code if different from 5. above.
8. Fax Number: Enter the fax number at the facility if available.
9. E-mail Address: Enter e-mail address of client or facility if available.
10. Setting: Check the appropriate box.
11. Client Diagnosis: Enter client’s diagnoses that affect the delegated task.
12. Allergies: List known allergies or “N/A” if none.
13. Health Care Provider: Enter name of client’s health care provider.
14. Telephone Number: Enter telephone number including area code of provider named in 13.
15. Client or Authorized Representative Signature: Read the statement to the client/authorized representative and explain the nurse delegation process to them before they sign.
16. Telephone Number: Ask them to enter their telephone number if different from 5. above.
17. Date: Date the signature.
18. Verbal Consent Obtained From: Read the statement to the client/authorized representative and explain the nurse delegation process to them before obtaining verbal consent. Print the name. Written consent must be obtained within 30 days of verbal consent.
19. Relationship to Client: Enter the relationship of the person to the client named in 18. above.
20. Date: Date when you obtained verbal consent.
21. PND Name: Print your name.
22. Telephone Number: Enter your telephone number including area code.
23. & 24. RND Signature and Date: Sign and date your signature verifying consent.