Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

SỰ ỦY QUYỀN CỦA Y TÁ:
VIỆC ĐỒNG Ý THỦ TỤC ỦY QUYỀN
Nurse Delegation:
Consent for Delegation Process

1. TÊN THÂN CHỦ				2. NGÀY SINH	3. ID/THIẾT LẬP (TÙY CHỌN)
4. ĐỊA CHỈ THÂN CHỦ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN		5. SỐ ĐIỆN THOẠI
6. NGƯỜI LIÊN HỆ CỦA CƠ SỞ HOẶC CHƯƠNG TRÌNH		7. SỐ ĐIỆN THOẠI		8. SỐ FAX	9. ĐỊA CHỈ E-MAIL

10. THIẾT LẬP	11. CHẨN ĐOÁN THÂN CHỦ	12. CÁC DỊ ỨNG
☐ Chương Trình Trợ Giúp Người Tàn Tật Sống Trong Khu Nhà Ở Cộng Đồng Được Chứng Nhận		
☐ Nhà Dành Cho Gia Đình Người Lớn Được Cấp Phép		
☐ Nơi Cư Trú Được Trợ Giúp Được Cấp Phép		
☐ Nhà Riêng/Nơi Khác		

13. NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE	14. SỐ ĐIỆN THOẠI

VIỆC ĐỒNG Ý THỦ TỤC ỦY QUYỀN

Tôi đã được thông báo rằng Người Được Ủy Quyền Của Y Tá Có Đăng Ký chỉ sẽ ủy quyền cho những người chăm sóc có khả năng và sẵn sàng thực hiện một cách thích đáng (các) nhiệm vụ. Sự ủy quyền của y tá chỉ sẽ thực hiện sau khi người chăm sóc đã hoàn tất khóa huấn luyện bắt buộc của tiểu bang (WAC 246-841-405(2)(a)) và khóa huấn luyện cá nhân từ Người Được Ủy Quyền Của Y Tá Có Đăng Ký. Hơn nữa, tôi hiểu rằng (các) nhiệm vụ sau đây sẽ không bao giờ được ủy quyền:

- Việc quản lý thuốc bằng cách tiêm thuốc (IM, Sub Q, IV) **ngoại trừ tiêm insulin.** ESSHB 2668 (2008) đặc biệt cho phép sự ủy quyền tiêm insulin.
- Quá trình vô trùng.
- Bảo dưỡng đường ống trung tâm.
- Các việc thực hiện phải có sự đánh giá điều dưỡng.

Nếu đạt được việc đồng ý miệng, thì việc đồng ý bằng văn bản sẽ được yêu cầu trong vòng 30 ngày kể từ ngày đồng ý miệng.

15. CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ HOẶC ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN	16. SỐ ĐIỆN THOẠI	17. NGÀY
18. VIỆC ĐỒNG Ý MIỆNG ĐẠT ĐƯỢC TỪ	19. QUAN HỆ VỚI THÂN CHỦ	20. NGÀY

Chữ ký dưới đây của tôi chứng tỏ rằng tôi đã đánh giá thân chủ này và biết được tình trạng của họ sẽ ổn định và dự đoán được. Tôi đồng ý cấp sự ủy quyền của y tá theo Đạo Luật RCW 18.79 và WAC 246-840-910 đến 970.

21. TÊN CỦA RND – VIẾT IN	22. SỐ ĐIỆN THOẠI
23. CHỮ KÝ CỦA RND	24. NGÀY

Để đăng ký trình bày các mối quan tâm hoặc than phiền về Sự Ủy Quyền Y Tá, xin gọi số 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.