

ការប្រគល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ច ៖
កិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់ដំណើរការប្រគល់អំណាច

**Nurse Delegation:
Consent for Delegation Process**

1. ឈ្មោះរបស់អតិថិជន	2. លេខ ID អតិថិជន ACES	3. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	4. លេខ ID/ការដ្ឋាន (មិនដាក់ក៏បាន)
5. អាសយដ្ឋានរបស់អតិថិជន ក្រុង រដ្ឋ ហ៊ុប៊ុកូដ			6. លេខទូរស័ព្ទ
7. មន្ទីរ ឬកម្មវិធីសំរាប់គេទាក់ទង	8. លេខទូរស័ព្ទ	9. លេខទូរសារ	10. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
11. ការដ្ឋាន	12. រោគវិនិច្ឆ័យរបស់អតិថិជន	13. ប្រតិកម្មនឹងធាតុផ្សេងៗ	
<input type="checkbox"/> កម្មវិធីវិសេសដ្ឋានសហគមន៍មានការបញ្ជាក់ ត្រឹមត្រូវសំរាប់ជនពិការពិការភ័យភ័យ			
<input type="checkbox"/> គេហដ្ឋានគ្រួសារនីតិជនមានអាជ្ញាប័ណ្ណ			
<input type="checkbox"/> គេហដ្ឋានទិស្នាក់ការជំនួយការលំនៅដ្ឋាន			
<input type="checkbox"/> គេហដ្ឋានឯកជន/ផ្សេងៗ			
14. អ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំសុខភាពបឋម			15. លេខទូរស័ព្ទ
កិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់ដំណើរការប្រគល់អំណាច			
<p>ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ព័ត៌មានថា ប្រតិកម្មគិលានុបដ្ឋាយិកាមានអាជ្ញាប័ណ្ណ (Registered Nurse Delegator) នឹងប្រគល់អំណាចជូនអ្នកថែទាំ ដែលមានសមត្ថភាព ព្រមទាំងសុខចិត្តធ្វើកិច្ចការ(នានា)ឲ្យបានត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ។ ការប្រគល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ចនឹងត្រូវធ្វើឡើងតែនៅក្រៅយុគ្រា ដែលអ្នកថែទាំបានបំពេញចំនួនការហ្វឹកហ្វឺនដែលរដ្ឋបានតម្រូវ (WAC 246-841-405(2)(a)) និងការហ្វឹកហ្វឺនផ្ទាល់លើលក្ខណៈបុគ្គលិកប្រតិកម្មគិលានុបដ្ឋាយិកាមានអាជ្ញាប័ណ្ណប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំក៏យល់ថា កិច្ចការ(នានា)ខាងក្រោមនេះប្រហែលជានឹងមិនត្រូវបានប្រគល់ជូនដល់អ្នកថែទាំណាម្នាក់ឡើយ ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការគ្រប់គ្រងវិធីប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលតាមរយៈការចាក់ (ដូចជា IM, Sub Q, IV) លើកលែងតែការចាក់ថ្នាំអ៊ីនស៊ុលីន (ឱសថកែរោគទឹកនោមផ្អែម) មួយចេញ។ ច្បាប់ ESSHB 2668 (2008) អនុញ្ញាតឲ្យមានការប្រគល់អំណាចថា តែទោះលើការចាក់ថ្នាំអ៊ីនស៊ុលីន ប៉ុណ្ណោះ។ • វិធីការសម្លាប់មេរោគផ្សេងៗ។ • ការមើលថែរក្សាទុយ៉ូប៊ែរពាណិជ្ជកម្មសរសៃឈាមធំ (Central line maintenance)។ • កិច្ចការនានាដែលតម្រូវឲ្យមានការវិនិច្ឆ័យពីគិលានុបដ្ឋាយិកា <p><i>ប្រសិនបើកិច្ចព្រមព្រៀងបានធ្វើឡើងដោយការនិយាយគ្នាតែម្នាក់, នោះត្រូវតែមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាលិខិតលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្លួននៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។</i></p>			
16. ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ	17. លេខទូរស័ព្ទ	18. កាលបរិច្ឆេទ	
19. កិច្ចព្រមព្រៀងផ្តល់មតិគាំទ្រទទួលបាន	20. ទំនាក់ទំនងទេវនិងអតិថិជន	21. កាលបរិច្ឆេទ	
<p>ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានវាយតម្លៃមើលអតិថិជនរូបនេះចប់សព្វគ្រប់អស់ហើយ ព្រមទាំងបានរកឃើញថា ស្ថានភាពរបស់គាត់មានលំនឹងជាធម្មតា ហើយអាចព្យាករណ៍ជាមុនបានផង។ ខ្ញុំព្រមផ្តល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ចជូន ទៅតាមស្មារតីនៃក្រម RCW 18.79 និងក្រម WAC 246-840-910 ដល់ 970។</p>			
22. ឈ្មោះរបស់ RND – ចូរសរសេរអក្សរធំ			23. លេខទូរស័ព្ទ
24. ហត្ថលេខារបស់ RND			25. កាលបរិច្ឆេទ
<p>ដើម្បីប្រាប់ទូរស័ព្ទ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការប្រគល់អំណាចគិលានុបដ្ឋាយិកិច្ច (Nurse Delegation), សូមទូរស័ព្ទទាក់ទងលេខ 1-800-562-6078</p>			

COPY IN CLIENT CHART AND RND FILE