

간호업무 위임:
간호업무 위임 업무절차 동의
Nurse Delegation:
Consent for Delegation Process

1. 수혜자/의뢰인 이름	2. ACES 수혜자 ID 번호	3. 생년월일	4. ID/환경(임의 기입란)
5. 수혜자/의뢰인 주소 시 주 우편번호			6. 전화번호
7. 시설 또는 프로그램 연락처(처)		8. 전화번호	9. 팩스 번호
		10. 이메일 주소	
11. 환경	12. 수혜자/의뢰인 진단	13. 알레르기 반응	
<input type="checkbox"/> 발달 장애인을 위한 커뮤니티 내 공인 입소 프로그램(Certified Community Residential Program for Developmentally Disabled)			
<input type="checkbox"/> 유연허 성인패밀리홈(Adult Family Home)			
<input type="checkbox"/> 유연허 생활원조양로시설(Assisted Living Facility)			
<input type="checkbox"/> 개인집/기타			
14. 의사/의료진			15. 전화번호

간호업무 위임 업무절차 동의

본인은, 공인파견간호사가 간호업무를 기꺼이 맡아 수행할 능력이 있는 간병인에게만 해당 간호업무를 위임한다는 사실을 전달 받았습니다. 간호업무 위임은 해당 간병인이 주에서 요구하는 훈련(WAC 246-841-405(2)(a))을 완수하고 공인파견간호사로부터 개별적으로 훈련을 받아야만 위임할 수 있습니다. 그리고 다음과 같은 간호업무는 절대로 위임 받을 수 없음을 알고 있습니다.

- 인슐린 주사를 제외한 주사 놓기(IM, Sub Q, IV). ESSHB 2668 (2008)에 의거해 특히 인슐린 주사는 위임을 허용합니다.
- 무균조치가 필요한 절차.
- 중심정맥관(Central line) 관리
- 간호사의 판단이 필요한 과제를 하는 행동

어떤 간호업무를 구두로 동의 받았을 경우 30 일 이내에 그 간호업무에 대해 서면 동의를 받아야만 합니다.

16. 수혜자/의뢰인 또는 위임 대변인 서명	17. 전화번호	18. 날짜
19. 구두 동의를 해 준 사람	20. 수혜자/의뢰인과의 관계	21. 날짜

본인은 이 수혜자/의뢰인을 평가했으며 이 사람의 상태는 안정적이고 예측을 할 수 있는 상태라는 것을 본인의 서명으로 표명합니다. 본인은 간호업무를 RCW 18.79 및 WAC 246-840-910 ~ 970 에 따라 위임할 것에 동의합니다.

22. RND 이름 - 정자로 기입하십시오.	23. 전화번호
24. RND 서명	25. 날짜

간호위임에 관해 문제가 있거나 이의를 제기하기를 원하면 1-800-562-6078 로 전화하십시오.

COPY IN CLIENT CHART AND RND FILE