

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

1. 수혜자/의뢰인 이름		2. 생년월일		3. ID/환경(임의 기입란)	
4. 수혜자/의뢰인 주소			시	주	우편번호
5. 전화번호		6. 시설 또는 프로그램 연락처		7. 전화번호	8. 팩스 번호
9. 이메일 주소		10. 환경		11. 수혜자/의뢰인 진단	
12. 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			
13. 의사/의료진				14. 전화번호	
간호업무 위임 업무절차 동의					
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p style="text-align: center;"><u>어떤 간호업무를 구두로 동의 받았을 경우 30 일 이내에 그 간호업무에 대해 서면 동의서를 받아야만 합니다.</u></p>					
15. 수혜자/의뢰인 또는 위임 대변인 서명			16. 전화번호		17. 날짜
18. 구두 동의를 해 준 사람		19. 수혜자/의뢰인과의 관계			20. 날짜
<p>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.</p>					
21. RND 이름 - 정자로 기입하십시오.				22. 전화번호	
23. RND 서명				24. 날짜	
간호위임에 관해 문제가 있거나 이의를 제기하기를 원하면 1-800-562-6078 로 전화하십시오.					

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.