

## ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ФУНКЦИЙ МЕДСЕСТРЫ: СОГЛАСИЕ НА ДЕЛЕГИРОВАНИЕ

### Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES КЛИЕНТА	3. ДАТА РОЖДЕНИЯ:	4. НОМЕР ID/ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ПРОЖИВАНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)
5. АДРЕС КЛИЕНТА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
6. НОМЕР ТЕЛЕФОНА			
7. КОНТАКТНОЕ ЛИЦО В УЧРЕЖДЕНИИ ИЛИ ПРОГРАММЕ	8. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	9. НОМЕР ФАКСА	10. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ
11. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ПРОЖИВАНИЯ	12. ДИАГНОЗ КЛИЕНТА	13. АЛЛЕРГИИ	
<input type="checkbox"/> Сертифицированная программа пансионного типа по месту жительства для инвалидов с дефектами развития			
<input type="checkbox"/> Лицензированное семейное жильё для взрослых			
<input type="checkbox"/> Лицензированное учреждение для проживания и получения ухода вне дома			
<input type="checkbox"/> Частный дом/иное			
14. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ИЛИ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ			15. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

#### СОГЛАСИЕ НА ДЕЛЕГИРОВАНИЕ

Я проинформирован(а) о том, что дипломированная медсестра будет делегировать свои функции только тем поставщикам услуг, которые способны и желают надлежащим образом выполнять эти функции. Делегирование функций медсестры будет производиться только по завершении прохождения поставщиком услуг требуемой штатом подготовки (раздел WAC 246-841-405(2)(a) Административного кодекса штата Вашингтон), а также индивидуальной подготовки под руководством дипломированной медсестры, делегирующей свои функции. Я также понимаю, что делегирование следующих функций исключается:

- Введение или помощь в приёме лекарств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), **за исключением инъекций инсулина**. Закон ESSHB 2668 (2008 г.) явно разрешает делегирование функций по проведению инъекций инсулина.
- Стерильные процедуры.
- Обслуживание центрального венозного катетера.
- Действия, включающие принятие решений, которые требуют медсестринской квалификации

**Если согласие дано устно, то в течение 30 дней необходимо получить письменное согласие.**

16. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	17. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	18. ДАТА
19. УСТНОЕ СОГЛАСИЕ ПОЛУЧЕНО ОТ:	20. КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	21. ДАТА

Мои подпись внизу подтверждает, что я провел(а) оценку состояния данного клиента и нахожу, что оно стабильно и предсказуемо. Я соглашаюсь произвести делегирование функций медсестры в соответствии в разделе RCW 18.79 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон и разделами WAC 246-840-910 – 246-840-970 Административного кодекса штата Вашингтон.

22. ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕДСЕСТРЫ, ДЕЛЕГИРУЮЩЕЙ СВОИ ФУНКЦИИ - ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	23. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
24. ПОДПИСЬ МЕДСЕСТРЫ, ДЕЛЕГИРУЮЩЕЙ СВОИ ФУНКЦИИ	25. ДАТА

**С беспокойствами и жалобами по поводу делегирования функций медсестры звоните по тел. 1-800-562-6078.**

COPY IN CLIENT CHART AND RND FILE