

Registro de tareas de enfermería para enfermería de atención privada (PDN)

| ١. | FECHA | |
|----|-------|--|
| | | |

Private Duty Nursing (PDN) Skilled Nursing Task Log

Instrucciones: Conteste una hoja por cada período de 24 horas, siete días a la semana.

- 1. Fecha del servicio
- 2. Nombre del cliente, fecha de nacimiento e ID de clientes de ACES.
- 3. Usando la hora correcta del día, escriba cuánto tiempo tardó en proporcionar el servicio indicado en el renglón.
- 4. Requisitos de elegibilidad para PDN y determinación de horas según el WAC 388-106-1010.
- 5. Todas las demás tareas necesarias de enfermería especializada que se brindan al cliente. Escriba el nombre de la tarea de enfermería especializada que se lleva a cabo y, usando la hora correcta del día, escriba cuánto tiempo tardó en proporcionar el servicio indicado en el renglón.
- 6. Además, escriba sus iniciales, firme e indique su función en la última sección de la página 2.

| 2. CLIENTE | 3. AM PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|---------|
| | Escriba el tiempo (en minutos) y la hora de inicio en el mismo cuadro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO ID DE ACES DEL CLIENTE | - 12:59 | - 1:59 | - 2:59 | - 3:59 | - 4:59 | - 5:59 | - 6:59 | - 7:59 | - 8:59 | - 9:59 | - 10:59 | - 11:59 | - 12:59 | - 1:59 | - 2:59 | - 3:59 | - 4:59 | - 5:59 | - 6:59 | - 7:59 | - 8:59 | - 9:59 | 10 - 10:59 | - 11:59 |
| ID DE AGES DEL GLIENTE | 12. | Ť | 2 | ć | 4 | 2 | 9 | . 7 | ∞ | 6 | 10. | = | 12. | <u>,</u> | 2 | Ŕ | 4 | 5 | 9 | . 7 | 8 | 6 | 10. | τ_ |
| 4.WAC <u>388-106-1010</u> Necesidades de atención de enfermería especializada de PDN obligatorias para atención privada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) Ventilación mecánica que se encarga de su respiración activa debido a su incapacidad para respirar sin ayuda debido a una lesión o enfermedad. Hay un tubo endotraqueal colocado que está conectado a un respirador que bombea aire a los pulmones; o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) Asistencia respiratoria compleja (al menos dos de las opciones <u>siguientes</u> de (a) a (f): a) Drenaje postural y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| percusión torácica; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Aplicación de chalecos percutores; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Tratamientos con nebulizador, con o sin medicamentos; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Respiración con presión positiva intermitente; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Medición de saturación de O2 cuando las decisiones de tratamiento dependan de los resultados; <u>o</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) Succión traqueal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| varios med atención se | a / parenteral de licamentos, y la e brinda de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|---------|---------------|---------|---------|--------|-------|-----------|---------|-------|----------------------------------|--------|--------|--------|-------|--------|------|--|------------|--------|--|--|
| manera co frecuente; | nstante o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) Administrativenos nutrientes, | stración a de sustancias y la atención se nanera constante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Otras t | areas de enfermería esp | eciali | zada | | | | ı | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Todas | as personas que brinde ón provista es correcta. | n ater | nción (| en este día (| la fect | na de l | a part | e sup | erior) de | eben co | ontes | tar e | sta se | cción. | Al fir | mar e | ste do | cume | nto, usted d | leclara | que la | | |
| INICIALES | NOMBRE EN LETRA DE | INDIQUE SU FUNCIÓN: APOYO | | | | | | | | INICIA | LES | NOMBRE EN LETRA DE MOLDE Y FIRMA | | | | | | | INDIQUE SU FUNCIÓN: APOYO INFORMAL, LA MISMA PERSONA, IP, RN/LPN | | | | |
| | | | | | | | THE IN | | | | | | | | | | | | | INIVICE IN | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |