

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017-2018

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth _____ / _____ / _____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	OSIS # _____
School (include name, number, address and borough)			DOE District _____	Grade _____		Class _____

Type 1 Diabetes
 Type 2 Diabetes
 Other Diagnosis: _____
 Recent A1C: Date ____/____/____ Result ____ %

<p style="text-align: center;">EMERGENCY ORDERS</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911</p> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</p> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If small or trace give water; re-test ketones & bG in ____ hrs ➤ If initial or retest ketones are moderate or large, give water <input type="checkbox"/> Call parent and PMD <input type="checkbox"/> No Gym <input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin. </td> </tr> </table>	<p>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911</p> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.	<p style="text-align: center;">Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</p> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If small or trace give water; re-test ketones & bG in ____ hrs ➤ If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and PMD <input type="checkbox"/> No Gym <input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<p style="text-align: center;">BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING SKILL LEVEL</p> <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision. <input type="checkbox"/> Student to check bG with nurse/school staff supervision. <input type="checkbox"/> Nurse / school personnel must check bG.
<p>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911</p> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.	<p style="text-align: center;">Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</p> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If small or trace give water; re-test ketones & bG in ____ hrs ➤ If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and PMD <input type="checkbox"/> No Gym <input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.		
<p style="text-align: center;">INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:*			
_____ practitioner's initials	I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events *PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE		

MONITORING	<input type="checkbox"/> At LUNCH Time	<input type="checkbox"/> At SNACK Time**	<input type="checkbox"/> At GYM Time	<input type="checkbox"/> PRN
<p>Hypoglycemia</p> <p>For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. Re-check in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check until bG > ____. THEN Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise indicated. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch Use pre-treatment bG to calculate insulin dose, unless otherwise prescribed</p>	<p>For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. Re-check in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check until bG > ____. THEN Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise indicated. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**</p>	<p>For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. Re-check in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check until bG > ____. <input type="checkbox"/> If initial bG < ____, No Gym <input type="checkbox"/> Give Snack** AFTER treatment THEN send to Gym</p>	<p>For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. Re-check in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check until bG > ____. <input type="checkbox"/> Give Snack** AFTER treatment</p>	<p>For bG > ____ mg/dL Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch</p>
<p>Between hypo & hyperglycemia</p> <p>Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch</p>	<p>Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**</p>	<p><input type="checkbox"/> Give Snack** BEFORE Gym</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG > ____ No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ____ AND at least ____ hours since last insulin, give insulin correction</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG > ____ No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ____ AND at least ____ hours since last insulin, give insulin correction</p>
<p>Hyperglycemia bG > ____ mg/dL</p> <p>Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch</p>	<p>Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**</p>	<p>** SNACK Student may carry and self-administer snacks: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Time of day _____ AM _____ PM Type, Amount _____ <input type="checkbox"/> NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME <input type="checkbox"/> Hold snack if bG > ____ mg/dL</p>		<p><input type="checkbox"/> For bG > ____ No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ____ AND at least ____ hours since last insulin, give insulin correction</p>
<p>Carb Coverage Insulin Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY <input type="checkbox"/> Carb coverage PLUS Correction Dose when bG > Target bG AND at least ____ hours since last insulin <input type="checkbox"/> Correction Dose ONLY</p>	<p><input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY <input type="checkbox"/> Carb coverage PLUS Correction Dose when bG > Target bG AND at least ____ hours since last insulin <input type="checkbox"/> Correction Dose ONLY</p>	<p><input type="checkbox"/> Correction Dose Method (with or without Carb Coverage) using: <input type="checkbox"/> Insulin Sensitivity Factor or <input type="checkbox"/> Sliding Scale</p>		<p><input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (enter time and dose in Other Orders box) <input type="checkbox"/> No Insulin at School Glucose Monitoring ONLY</p>

Name of Insulin: _____
 Delivery Method: Syringe Pen Insulin Pump (Brand): _____

Target bG = ____ mg/dL	Insulin Sensitivity Factor (ISF) 1 unit decreases bG by ____ mg/dL	Insulin to Carbohydrate Ratio (I:C) For LUNCH: 1 unit: per ____ grams carbs For SNACK: 1 unit: per ____ grams carbs	Basal Rate In School ____ units/hour ____ to ____ AM / PM ____ units/hour ____ to ____ AM / PM	Basal Rate for Gym ____ percent for ____ hours <input type="checkbox"/> Disconnect Pump for gym
<p>Correction Dose by ISF: $\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \text{units insulin}$ Round DOWN insulin dose to the closest 0.5 unit for syringe/pen or to the nearest whole unit if the syringe/pen doesn't have half-units: unless otherwise instructed by the PCP/endocrinologist.</p>		<p>Carb Coverage: # grams carb in meal = ____ units insulin # grams carb in I:C = ____ units insulin</p> <p><input type="checkbox"/> Follow Pump recommendation for bolus dose (If not using Pump recommendation, round dose DOWN to nearest 0.1 unit). <input type="checkbox"/> For bG > ____ mg/dL that has not decreased ____ hours after correction, consider pump failure and notify parent. <input type="checkbox"/> For suspected pump failure: DISCONNECT pump; give insulin by syringe or pen.</p>		

<p>Sliding Scale Do NOT overlap ranges (e.g., enter as 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given.</p>	<input type="checkbox"/> Pre-Lunch <input type="checkbox"/> Pre-Snack <input type="checkbox"/> Correction dose	<p>bG Range mg/dL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>	0					<p>Insulin</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>						<input type="checkbox"/> Other time	<p>bG Range mg/dL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>	0					<p>Insulin Units</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>					
0																										
0																										

Home Medications	Dose	Frequency	Time	OTHER ORDERS (such as "Fixed Dose" orders, adjustments for rounding)
Insulin:				
Oral:				

Health Care Practitioner LAST NAME (Please Print)	FIRST NAME	Signature	Date ____/____/____
Address		Tel. (____) _____	Fax. (____) _____
NYS License # (Required) _____	NPI # _____	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.	

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM
Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017-2018

MONITORING BLOOD SUGAR, MEDICATION AND DIETARY NEEDS:
The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

Настоящим я разрешаю

- (1) осуществлять контроль уровня сахара в крови ребенка;
- (2) проводить назначенные врачом лечебные процедуры и/или
- (3) купировать гипогликемию на территории школы или во время организованных школой мероприятий в соответствии с прилагаемыми инструкциями лечащего врача ребенка.

Настоящим я разрешаю хранить и выдавать лекарственный препарат, а также хранить и применять необходимые средства для его введения в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка. Я понимаю, что мне требуется обеспечить школу лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения, в т. ч. ингаляторами, включая невинтолиновые. Препарат должен быть в оригинальной аптечной упаковке с этикеткой (вторая упаковка предоставляется для использования вне школы). Этикетка рецептурного препарата должна содержать имя и фамилию учащегося, название и телефон аптеки, имя и фамилию выписавшего препарат врача, дату и число повторных заказов, название препарата, дозу, периодичность приема, способ применения и/или другие инструкции. Препараты, отпускаемые без рецепта, и бесплатные образцы лекарств должны быть в оригинальной фабричной упаковке с указанием на ней имени и фамилии ребенка. **Я понимаю, что лекарственный препарат требуется представить в оригинальной и НЕРАСПЕЧАТАННОЙ упаковке.** Я понимаю, что должен обеспечивать школу снэками, средствами и препаратами, а также незамедлительно уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях вышеперечисленных предписаний и инструкций.

Я понимаю, что данное разрешение действительно до конца летней учебной программы Департамента образования (DOE) или до момента представления мной школьной медсестре нового рецепта или инструкций от лечащего врача в отношении наблюдения и лечения (в зависимости от того, что наступит ранее).

Мне известно, что Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (ДОНМН), Департамент образования (DOE) их представители несут ответственность за обеспечение безопасных условий в медицинском кабинете и любых других помещениях, где ребенку проводится анализ на сахар в крови.

Я приложу все усилия по обеспечению школы безопасными ланцетами и иглами для проверки уровня сахара и введения инсулина.

Подавая настоящий запрос на выдачу диабетических препаратов, я прошу ДОНМН об обеспечении ребенку конкретных медицинских услуг через отдел школьного здравоохранения (OSH). Мне известно, что эти услуги могут включать клиническую оценку и/или медицинский осмотр, проводимые врачом OSH.

Настоящий запрос содержит детальные инструкции по предоставлению указанных выше медицинских услуг. Я понимаю, что OSH, его представители и сотрудники, причастные к оказанию вышеуказанных медицинских услуг, полагаются на достоверность приведенной мной информации. Я знаю, что данная форма не является договором с OSH или DOE об оказании запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие и разрешение на эти услуги. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.

Я понимаю, что настоящим я разрешаю OSH, DOE, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и необходимой им дополнительной информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или процедурах к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг для ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

Проставьте ниже свои инициалы при необходимости приема ребенком эпинефрина, применения противоастматического ингалятора и других утвержденных для самостоятельного приема лекарств

ИНИЦИАЛЫ	Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно принимать прописанное лекарство. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать его в школе. Мне известно, что я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках с надлежащими этикетками, за полный и всесторонний контроль его использования ребенком, а также за все без исключения последствия приема этого препарата в школе. Я понимаю, что школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно и ответственно принимать препарат. Я также согласен(сна) предоставить запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в медицинском кабинете на случай нехватки у ребенка препарата для самостоятельного приема.
----------	--

ИНИЦИАЛЫ	Я разрешаю школьной медсестре хранить и обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.
----------	--

**ПОДПИСЬ
ЗДЕСЬ**

Фамилия учащегося	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
-------------------	-----	-------------------	---------------	-------

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)	Подпись родителя/опекуна
---	---------------------------------

Адрес родителя/опекуна:	Дата
-------------------------	------

Телефоны:	Дневной	Домашний	Мобильный
-----------	---------	----------	-----------

Имейл родителя/опекуна

Другое контактное лицо для срочной связи:	Телефон контактного лица
---	--------------------------

DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
-------------------	------	-------------------	------

bG monitoring without supervision: Yes No Insulin administration without supervision: Yes No

Services provided by: Nurse OSH Public Health Advisor School Based Health Center

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP)

Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner.