

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ____/____/____	School
--------------------------	-------------------	-----------	-------------------------------------	---------------

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ САХАРА В КРОВИ, ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ

РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ – 2016-2017

Настоящим я разрешаю осуществлять контроль уровня сахара в крови ребенка;

- (1) проводить назначенные врачом лечебные процедуры и/или
- (2) 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 мне требуется обеспечивать школу необходимыми 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 (DOHMH), Департамент образования (DOE) и 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 DOHMH 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 применения ребенком автоинъектора с адреналином (Epi-Pen), противоастматического ингалятора и других утвержденных для самостоятельного приема лекарств:**

_____ 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.

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

Подпись родителя/опекуна	Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)
Дата подписания: / /	Адрес родителя/опекуна:
Телефоны: Дневной (____) ____ - ____ Домашний (____) ____ - ____ Мобильный* (____) ____ - ____	
E-mail родителя/опекуна*:	
Другое контактное лицо для срочной связи:	Телефон контактного лица (____) ____ - ____
ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК - НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ (DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)	
Received by: Name _____	Date ____/____/____
Reviewed by: Name _____	Date ____/____/____
bG monitoring without supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Insulin administration without supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner.	

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM – OFFICE OF SCHOOL HEALTH
Authorization for Administration of Medication in School to Students for School Year 2016-2017

Student Last Name		First Name		Middle	Date of birth _____ / _____ / _____ M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Male	OSIS # _____
						<input type="checkbox"/> Female	
School (include name, number, address and borough)					DOE District _____	Grade _____	Class _____
<input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes		<input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes		<input type="checkbox"/> Other Diagnosis: _____		Recent A1C: Date _____ / _____ / _____ Result _____ %	
EMERGENCY ORDERS					BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING		
Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911 <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.					Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if hyperglycemic, vomiting, or fever ≥ 100.5 > If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are <u>moderate or large</u> , 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.		
					<input type="checkbox"/> Student may check bG without nurse supervision. <input type="checkbox"/> Student to check bG with nurse supervision. <input type="checkbox"/> Nurse / school personnel must check bG.		
					INSULIN ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer.* I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school/sponsored events: _____ (practitioner's initials)		
*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
Hypoglycemia	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		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**		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		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
Between hypo & hyperglycemia	Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch		Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**		<input type="checkbox"/> Give Snack** BEFORE Gym		
Hyperglycemia bG > ___ mg/dL	Test ketones if bG > ___ mg/dL and manage as above for DKA: applies to all times (otherwise use space in Other Orders)						
	Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch		Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**		<input type="checkbox"/> For bG > ___. No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ___ AND at least ___ hours since last insulin, give insulin correction		<input type="checkbox"/> For bG > ___. No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ___ AND at least ___ hours since last insulin, give insulin correction
Carb Coverage Insulin Instructions	<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"/> Carb coverage ONLY <input type="checkbox"/> Carb coverage PLUS Correction Dose when bG > Target bG AND at least ___ hours since last insulin		**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		
INSULIN ORDERS (CHECK ONE)	<input type="checkbox"/> Correction Dose Method (with or without Carb Coverage) using: <input type="checkbox"/> Insulin Sensitivity Factor or <input type="checkbox"/> Sliding Scale		<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		
Name of Insulin:					<input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Pen		
<input type="checkbox"/> 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	
Correction Dose by ISF: $\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \text{units insulin}$		Carb Coverage: # grams carb in meal # grams carb in I:C = ___ units insulin		<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.			
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.							
Sliding Scale Do NOT overlap ranges (e.g., enter as 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given.	<input type="checkbox"/> Pre-Lunch <input type="checkbox"/> Pre-Snack <input type="checkbox"/> Correction dose		bG Range mg/dL		Insulin		<input type="checkbox"/> Other time bG Range mg/dL Insulin Units
			0				0
Home Medications	Dose	Frequency	Time	OTHER ORDERS (such as "Fixed Dose" orders, adjustments for rounding)			
Insulin:							
Oral:							
Health Care Practitioner LAST NAME		FIRST NAME		Signature		Date ___ / ___ / ___	
(Please Print)							
Address		Tel. (____) _____ - _____		Fax. (____) _____ - _____		CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.	
NYS License # (Required) _____		Medicaid# _____		NPI # _____			