

# 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;"><b>EMERGENCY ORDERS</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➢ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs ➢ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, 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, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ____ hours since last insulin.</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p>	<p><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➢ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs ➢ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, 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, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ____ hours since last insulin.</p>	<p style="text-align: center;"><b>BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING SKILL LEVEL</b></p> <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> <p style="text-align: center;"><b>INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</b></p> <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:*</p> <p style="font-size: small;">I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, &amp; school/sponsored events *PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>
<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p>	<p><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➢ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs ➢ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, 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, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ____ hours since last insulin.</p>		

MONITORING	<input type="checkbox"/> At LUNCH Time	<input type="checkbox"/> At SNACK Time**	<input type="checkbox"/> At GYM Time	<input type="checkbox"/> PRN
<b>Hypoglycemia</b>	For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. <b>Re-check</b> in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; ____</b> . <b>THEN</b> Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise indicated. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch <b>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose, unless otherwise prescribed</b>	For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. <b>Re-check</b> in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; ____</b> . <b>THEN</b> Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise indicated. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**	For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. <b>Re-check</b> in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; ____</b> . <input type="checkbox"/> If initial bG < ____, No Gym <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment <b>THEN</b> send to Gym	For bG < ____ mg/dL Give ____ oz juice, or ____ glucose tabs, or ____ grams carbs. <b>Re-check</b> in ____ minutes; if bG < ____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; ____</b> . <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment
<b>Between hypo &amp; hyperglycemia</b>	Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch	Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**	<input type="checkbox"/> Give Snack** <b>BEFORE</b> Gym	
<b>Hyperglycemia</b> bG > ____ mg/dL	Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch	Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> 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
<b>Carb Coverage</b> Insulin Instructions	<input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG > Target bG AND at least ____ hours since last insulin <input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b>	<input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG > Target bG AND at least ____ hours since last insulin <input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b>	** <b>SNACK</b> 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"/> <b>NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME</b> <input type="checkbox"/> <b>Hold snack if bG &gt; ____ mg/dL</b>	

**Correction Dose Method** (with or without Carb Coverage) using:  
 Insulin Sensitivity Factor or  Sliding Scale       Sliding Scale       Fixed Dose (enter time and dose in Other Orders box)       No Insulin at School Glucose Monitoring ONLY

**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><b>Correction Dose by ISF:</b> <math display="block">\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \text{units insulin}</math></p>	<p><b>Carb Coverage:</b> # grams carb in meal = ____ units insulin # grams carb in I:C = ____ units insulin</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Follow Pump recommendation</b> for bolus dose (If not using Pump recommendation, round dose <b>DOWN</b> to nearest 0.1 unit). <input type="checkbox"/> For bG &gt; ____ mg/dL that has not decreased ____ hours after correction, consider pump failure and notify parent. <input type="checkbox"/> For suspected pump failure: <b>DISCONNECT</b> pump; give insulin by syringe or pen.</p>
--	---	--

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

저는 여기 동의합니다:

- (1) 자녀의 혈당 모니터링;
- (2) 의료 처방된 치료 제공 및/또는;
- (3) 첨부된 자녀의 주치의의 지시에 따라 학교 내 또는 학교 후원 활동에서 저혈당 발생시 치료.

저는 자녀의 의사(health care practitioner)의 지시에 따라 약품의 보관 및 투여와 약품 투여에 필요한 기구의 보관 및 사용을 동의합니다. 저는 본인이 반드시 학교에 약품 및 비베틀린 인헤일러를 포함한 투여에 필요한 기구를 제공해야 함을 이해합니다. 약품은 약국에서 받은 라벨이 달린 용기 그대로 제공해야 합니다 (이런 약국에서 제공한 학교 밖에서 사용할 용기는 따로 준비할 것입니다); 처방약의 라벨에는 반드시 학생 이름, 약국 이름 및 전화번호, 면허를 가진 처방자의 이름, 리필 날짜 및 횟수, 약의 이름, 투약 용량, 투약 횟수, 투약 방법 및/또는 기타 준수사항들이 명시되어야 합니다; 일반의약품 및 약품 샘플은 반드시 제조사의 생산용기 그대로 제공해야 하며 학생의 이름을 용기에 부착하십시오. **저는 제가 약품을 제공할 때 반드시 본래 그대로 개봉하지 않아야 함을 알고 있습니다.** 저는 모든 필요한 스낵, 기기 및 비품을 반드시 구비하며 위에 명시된 처방 또는 투약방법에 변경이 있으면 즉시 학교 간호사에게 통지해야 함을 이해합니다.

저는 이 동의서가 뉴욕시 교육청("DOE")에서 후원하는 여름방학 교육 프로그램이 종료할 때까지 또는 제 아이의 의사가 상기 처방된 내용을 감독 및 치료하는 것에 관련하여 발행한 새로운 약품이나 지시 내용을 학교 간호사에게 전달할 때 까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다 (더 빠른 것 기준). 본인은 뉴욕시 정신보건 위생청 ("DOHMH"), 뉴욕시 교육청 및 산하 에이전트는 의무실 및 자녀가 혈당을 체크할 장소의 안전한 환경을 보장할 의무를 가짐을 이해합니다. 저는 그루코스 모니터링 및 인슐린 투약을 위한 안전한 랜셋 및 기타 안전한 바늘 기구를 제공하기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다.

당뇨 약품 투여 양식을 접수함으로써 본인은 DOHMH가 학교보건 담당실 (OSH)을 통해 자녀에게 특정 보건 서비스 제공을 요청합니다. 저는 OSH 의사의 의료 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 대한 완전한 안내가 본 약식에 포함되어 있습니다. 저는 OSH와 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 약식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 이해합니다. 저는 이 양식은 OSH 또는 교육청이 요청된 서비스 제공에 동의하는 양식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청 및 동의 양식임을 이해합니다. 서비스가 필요하다고 결정되면 학생 편의 계획이 필요할 수도 있으며 학교에서 작성할 것입니다.

저는 OSH 및 교육청 산하 직원과 부서들이 아이의 건강 상태, 약품 및/또는 치료에 관련하여 적절하다고 생각되는 더 상세한 정보를 제 아이에게 약품이나 보건 서비스를 제공하는 의사 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 취득할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

**약물 자가 투여:**

**에피네프린, 천식 인헤일러 및 기타 허가된 자가 투여 약물 사용에 대해서는 이 문단에 이니셜을 기입하십시오**

이니셜	저는 자녀가 처방된 약품을 자가 투여할 수 있도록 완전히 지도하였음을 보증합니다. 또한 저는 자녀가 상기 처방된 약물을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 저는 자녀에게 상기 설명한 대로 라벨이 부착된 용기에 약물을 제공하고 자녀의 해당 약물 사용을 모두 모니터링하며 학교에서 해당 약물 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다. 저는 제 아이가 학교에서 책임감 있는 태도로 자가 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것임을 이해합니다. 그리고 저는 자녀가 자가투여를 위한 약품을 충분히 가지고 있지 않을 때를 대비하여 의무실에 약품 이름을 정확히 기재한 통에 "예비" 약품을 제공할 것에 동의합니다.
-----	---

이니셜	저는 자녀가 일시적으로 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사가 보관/투여하는 것에 동의 합니다.
-----	---



학생 성	이름	MI	생년월일	학교
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입			학부모/보호자의 서명	
학부모/보호자의 주소			서명일	
전화번호	주중	자택	휴대전화 번호	
학부모/보호자 이메일 주소				
기타 비상 연락 정보			연락 전화번호 번호	

**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.			