

Attach student photo here

# DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Addendum Attached

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2018-2019

**DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.**

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	OSIS #
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 . %	

### HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

**NOTE: Orders received on this form will be processed for the September 2018 through August 2019 school year unless noted:  Current Year '17-'18 ONLY**

<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: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.	<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Blood Glucose (bg) Monitoring Skill Level</b> <input type="checkbox"/> Nurse / adult must check bG. <input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision. <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision.
	<b>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

<b>Emergency orders</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs > If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <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:* <b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b>
--	---

## ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Форма назначения лекарственного препарата | Отдел школьного здравоохранения | 2018–2019 уч. год

**СРОК ПОДАЧИ: 15 ИЮЛЯ** Подача запроса после указанного срока может привести к задержке предоставления услуг в новом уч. году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347-396-8932/8945.

### ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

**Я, нижеподписавшийся, выражаю согласие на следующее:**

1. Я даю согласие на выдачу ребенку рецептурных лекарств, контроль его уровня сахара в крови и купирование гипогликемии в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка. Школа имеет право производить эти действия на своей территории ин во время школьных экскурсий.
2. Также даю согласие на хранение и применение в школе инструментов/материалов для введения лекарства.
3. Мне известно, что
  - Я обязан предоставить школьной медсестре лекарство, снаки и необходимые инструменты/материалы. Мне необходимо постараться предоставить школе безопасные ланцеты, иглы и другие расходные материалы для проверки уровня сахара в крови и введения инсулина.
  - **Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
    - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой, включающей 1) имя и фамилию ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и/или другие инструкции.
  - Я обязан **незамедлительно** информировать школьную медсестру о любых изменениях, связанных с приемом лекарства или предписаниями врача.
  - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
  - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Форма назначения лекарственного препарата в MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее).
  - В случае истечения срока MAF и отсутствия нового MAF, выписанного лечащим врачом ребенка, врач OSH может выдать новый запрос на выдачу препаратов для лечения диабета. **В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF для лекарств от диабета.**
  - OSH и Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) отвечают за обеспечение возможности ребенку проверять свой уровень сахара в крови в медицинском кабинете или другом школьном помещении.
  - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению диабета. Она не является согласием OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуются План по адаптации Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.
  - В случае отсутствия школьной медсестры я могу быть уведомлен о необходимости явиться в школу для выдачи лекарства ребенку.

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также отвечаю за контроль использования лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я согласен на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в школе.
- Я даю согласие на выдачу лекарства школьной медсестрой или обученным сотрудником в случае временной невозможности ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат.

**ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и/или внешкольных мероприятий родителям рекомендуется обеспечить ребенка лекарственными препаратами и инструментами.**

Ребенок: Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)			<b>ПОДПИСЬ</b> → Подпись родителя/опекуна	
Дата подписи	Email родителя/опекуна		Адрес родителя/опекуна:	
Телефоны: дневной		домашний	мобильный	
Другое контактное лицо для срочной связи:			Телефон контактного лица	

### For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок OSH

OSIS Number:	<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other		
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

\*Конфиденциальная информация не подлежит пересылке по электронной почте.