

# 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></p> <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.                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b></p> <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.                 </td> </tr> </table>	<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b></p> <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 style="text-align: center;"><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b></p> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG > _____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones & 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 > _____ hours since last insulin.	<p style="text-align: center;"><b>BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING SKILL LEVEL</b></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><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b></p> <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 style="text-align: center;"><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b></p> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG > _____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones & 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 > _____ hours since last insulin.		
<p style="text-align: center;"><b>INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</b></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><b>Hypoglycemia</b></p> <p>For bG &lt; _____ mg/dL                      Give _____ oz juice, or _____ glucose tabs, or _____ grams carbs. <b>Re-check</b> in _____ minutes; if bG &lt; _____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; _____ 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></p>	<p>For bG &lt; _____ mg/dL                      Give _____ oz juice, or _____ glucose tabs, or _____ grams carbs. <b>Re-check</b> in _____ minutes; if bG &lt; _____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; _____ THEN</b> Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise indicated.  <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p>For bG &lt; _____ mg/dL                      Give _____ oz juice, or _____ glucose tabs, or _____ grams carbs. <b>Re-check</b> in _____ minutes; if bG &lt; _____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; _____</b>  <input type="checkbox"/> If initial bG &lt; _____, No Gym  <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment THEN send to Gym</p>	<p>For bG &lt; _____ mg/dL                      Give _____ oz juice, or _____ glucose tabs, or _____ grams carbs. <b>Re-check</b> in _____ minutes; if bG &lt; _____ repeat carbs and re-check <b>until bG &gt; _____</b>  <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment</p>	<p>For bG &gt; _____ mg/dL                      Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed.  <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>
<p><b>Between hypo &amp; hyperglycemia</b></p> <p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed.  <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.  <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p><input type="checkbox"/> Give Snack** <b>BEFORE</b> Gym</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG &gt; _____ No Gym  <input type="checkbox"/> For bG &gt; _____ AND at least _____ hours since last insulin, give insulin correction</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG &gt; _____ No Gym  <input type="checkbox"/> For bG &gt; _____ AND at least _____ hours since last insulin, give insulin correction</p>
<p><b>Hyperglycemia</b> bG &gt; _____ mg/dL</p> <p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed.  <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.  <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p>** <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></p>		<p><input type="checkbox"/> For bG &gt; _____ No Gym  <input type="checkbox"/> For bG &gt; _____ AND at least _____ hours since last insulin, give insulin correction</p>
<p><b>Carb Coverage</b> Insulin Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b>  <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG &gt; Target bG AND at least _____ hours since last insulin  <input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b>  <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG &gt; Target bG AND at least _____ hours since last insulin  <input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Correction Dose Method</b> (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><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 DOWN 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: DISCONNECT pump; give insulin by syringe or pen.</p>

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><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>	<input type="checkbox"/> Pre-Lunch <input type="checkbox"/> Pre-Snack <input type="checkbox"/> Correction dose	bG Range mg/dL	Insulin	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 <small>(Please Print)</small>	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**

Por la presente autorizo:

- (1) el control del contenido de azúcar en sangre de mi hijo
- (2) la prestación de tratamientos recetados por el médico
- (3) el tratamiento de episodios de hipoglucemia en la dependencia escolar o actividades escolares según las indicaciones adjuntas de su médico

Por medio de la presente autorizo el almacenamiento y administración de medicamentos, así como el almacenamiento y utilización de cualquier instrumento necesario para administrar la medicación, de acuerdo con las indicaciones del prestador de servicios de salud de mi hijo. Entiendo que debo proveer a la escuela de la medicación e instrumentos necesarios para su administración, incluyendo inhaladores distintos del Ventolin. El medicamento debe entregarse en el envase original rotulado adecuadamente por la farmacia (obtendré otro envase para que mi hijo lo utilice fuera de la escuela), la etiqueta del medicamento recetado debe incluir el nombre y apellido del alumno, el nombre y número de teléfono de la farmacia, el nombre y apellido del profesional matriculado que recetó el medicamento, fecha y número de veces que se permite resurtir el medicamento, nombre del medicamento, dosis, frecuencia de administración, vía de administración y otras indicaciones; los medicamentos de venta libre y las muestras deben encontrarse en el envase original del fabricante, con el nombre y apellido del alumno pegado en el envase. **Entiendo que, de proveer cualquier medicamento, debo hacerlo en la caja original SIN ABRIR del medicamento.** Entiendo que debo suministrar todos los *snacks*, instrumentos y suministros médicos necesarios y que debo notificar de inmediato a la enfermera escolar sobre cualquier cambio en la receta o las indicaciones que figuran más arriba.

Entiendo que este consentimiento es válido únicamente hasta el final de las sesiones del programa educativo de verano patrocinado por el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE), o hasta el momento en que entregue a la enfermera escolar la nueva receta o las nuevas indicaciones del prestador de servicios de salud de mi hijo con respecto a la administración del control y tratamiento que figura más arriba (lo que ocurra primero).

Comprendo que el Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH), el DOE y sus delegados tienen la responsabilidad de garantizar que la sala de enfermería y cualquier otro lugar donde mi hijo pueda medirse el nivel de azúcar en sangre sea un ambiente seguro. Haré todo lo que esté a mi alcance para proporcionar a la escuela lancetas de seguridad y otros dispositivos seguros para controlar la glucosa y administrar insulina.

Al presentar este Formulario de administración de medicamentos para la diabetes solicito que el DOHMH preste servicios de salud específicos a mi hijo por medio de la Oficina de Salud Escolar (OSH). Entiendo que parte de estos servicios pueden incluir exámenes clínicos o un chequeo médico efectuado por un médico de la OSH. En este formulario se incluyen indicaciones completas para la prestación de los servicios de salud que se mencionan más arriba. Entiendo que la OSH, sus delegados y empleados que participan en la prestación de los servicios de salud que se solicitan arriba se apoyan en la exactitud de la información que figura en este formulario. Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo de la OSH o el DOE para brindar los servicios solicitados, sino más bien mi petición y consentimiento para dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, un Plan de Adaptaciones para Estudiantes también puede ser necesario, y la escuela completará dicho plan.

Entiendo que la OSH y el DOE y sus delegados y empleados pueden comunicarse, consultar y obtener cualquier otra información que consideren adecuada con respecto a la enfermedad de mi hijo, sus medicamentos y su tratamiento, de cualquier prestador de cuidados de salud o farmacéutico que haya brindado servicios médicos o de salud a mi hijo.

**AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:**

**Marque con sus iniciales este párrafo para el uso de epinefrina, inhalador para el asma y otros medicamentos aprobados para autoadministrarse:**

<b>INICIALES</b>	Por la presente certifico que mi hijo ha sido instruido completamente y que es capaz de autoadministrarse el medicamento recetado. Además autorizo a mi hijo a llevar consigo, almacenar y autoadministrarse en la escuela la medicación que figura más arriba. Entiendo que soy responsable de proveer a mi hijo de la medicación en envases rotulados como se describió más arriba, y del seguimiento y control del uso de mi hijo de tal medicamento, y de todas y cada una de las consecuencias que padezca mi hijo debido al uso de dicho medicamento. Entiendo que la enfermera escolar confirmará la capacidad de mi hijo para llevar consigo y autoadministrarse el medicamento de manera responsable. También expreso mi consentimiento a proveer medicamento "de reserva" en un contenedor claramente rotulado que debe almacenarse en la sala médica, en caso de que mi hijo no cuente con suficiente medicamento a disposición para autoadministrarse.
------------------	--

<b>INICIALES</b>	Autorizo a la enfermera escolar a almacenar o administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que mi hijo sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse dicho medicamento.
------------------	---

**FIRME  
AQUÍ**

<b>Estudiante</b> Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
<b>Nombre y apellido uno de los padres/tutor (en letra imprenta)</b>			<b>Firma de uno de los padres/tutor</b>	
Dirección de uno de los padres/tutor:			Fecha en que se firma	
Teléfonos	De día	Hogar	Celular	
Correo electrónico de uno de los padres/tutor				
Nombre y apellido de contacto alternativo ante emergencias			Teléfono de contacto	

**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.			