

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

রক্তে শর্করা, ওষুধ এবং খাদ্যসংক্রান্ত চাহিদা মনিটর করা পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতিপত্র ২০১৬-২০১৭

আমি এতদ্বারা সম্মতি প্রদান করছি:

- (1) আমার সন্তানের রক্তে শর্করা মনিটর করা;
- (2) চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের ব্যবস্থাপত্র গ্রহণ এবং/অথবা;
- (3) তার স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারীর কাছ থেকে সংযুক্ত নির্দেশনা অনুসারে, স্কুলের ভিতর অথবা স্কুল-আয়োজিত কর্মকাণ্ডের সময় হাইপোগ্লাইসেমিক ঘটনার চিকিৎসা।

আমি এতদ্বারা আমি আমার ছেলেমেয়ের চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ ও সেবন করানোর এবং একই সাথে ঔষধ প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় যন্ত্র সংরক্ষণ ও তা ব্যবহার করে ঔষধ প্রদানের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই স্কুলের কাছে ভেন্টেলিনভিল ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় যন্ত্র ও ঔষধ পৌঁছে দিতে হবে যাতে তারা তা ব্যবহার করতে পারেন। ঔষধ ফার্মেসি থেকে যে পাত্রে সরবরাহ করা হয় (স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে) তাতে যথাযথ লেবেল লাগিয়ে দিতে হবে; ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধের লেবেল-এ অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম এবং ফার্মেসির ফোন নম্বর, লাইসেন্সধারী ব্যবস্থাপত্র প্রদানকারীর নাম, তারিখ ও রিফিল সংখ্যা, ঔষধের নাম, ডোজ, কতো ঘন ঘন ঔষধ প্রদান করতে হবে, কিভাবে ঔষধ প্রয়োগ করতে হবে এবং/অথবা অন্যান্য নির্দেশনা; কাউন্টার থেকে ব্যবস্থাপত্র ছাড়া কেনা ঔষধ ও ড্রাগের নমুনা অবশ্যই প্রস্তুতকারকের মূল পাত্রে থাকতে হবে যাতে শিক্ষার্থীর নাম উল্লেখ থাকবে। আমি বুঝেছি যে আমি কোন ওষুধ প্রদান করলে সেটাকে তার আসল এবং মুখ খোলা হয়নি এমন ঔষধের বক্স-এ দিতে হবে। আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই সকল প্রয়োজনীয় ব্ল্যাক্স, উপকরণ এবং সামগ্রী সরবরাহ করতে হবে এবং যদি ব্যবস্থাপত্রে বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হয়, তাহলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন (“ডিওই”) কর্তৃক আয়োজিত সামার শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত (যেটিই আগে হোক না কেন) নতুন শিক্ষানির্দেশনা না প্রদান করি। আমার জানা আছে যে আমার সন্তানের জন্য যে মেডিকেল রুম এবং আমার সন্তান যেসব জায়গায় ডাক্তারি পরীক্ষা বা রক্তের শর্করা মাপার জন্য যাবে, সেসব জায়গার পরিবেশ সুরক্ষিত রাখার দায়িত্ব নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“ডিওইএমএইচ”), ডিওই, এবং তাদের এজেন্টদের। আমি স্কুলকে ফ্লকোজ পর্যবেক্ষণ এবং ইনসুলিন দেওয়ার জন্য ল্যানসেট এবং অন্যান্য নিরাপদ সূঁচ (নিডল) যন্ত্র সরবরাহ করার সর্বতো চেষ্টা করবো।

এই ডায়ালগিসের ওষুধ প্রদানের ফরমটি জমাদানের মাধ্যমে, আমি অনুরোধ জানাচ্ছি যে, অফিস অফ স্কুল হেলথ (“ওএসএইচ”)-এর মাধ্যমে ডিওইএমএইচ কর্তৃক আমার সন্তানকে যাতে নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার অংশ হতে পারে ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিষয়নের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই ফরমের অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ওএসএইচ এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিষয়নের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন। এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ওএসএইচ এবং ডিওই -এর কোন চুক্তি নয়, বরং এটি এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একটি স্টুডেন্ট অ্যাকমোডেশন প্ল্যান তৈরি ও (শিক্ষার্থীর জন্য পরিকল্পিত বাড়তি সুযোগ) প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি এতদ্বারা ওএসএইচ এবং ডিওই এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

****নিজে দেখা ওষুধ:** এপি-পেন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং নিজে নিজে প্রয়োগ করা যায় এমন অন্যান্য অনুমোদিত ঔষধের অনুমোদন দিতে এই প্যারাগ্রাফে নামের আদ্যাক্ষর লিখে সই দিন:

_____ আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে আমার সন্তানকে ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ সম্পর্কে সম্পূর্ণ নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিত্সক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন করা, সংরক্ষণ করা এবং নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহার নজরদারি করার জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর এ ধরনের ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোন অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকবো। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত হবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মওজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

_____ আমি স্কুলের প্রিন্সিপ্যাল, দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি এবং স্কুল নার্সকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, কোন কারণে যদি আমার সন্তান নিজের কাছে ঔষধ বহন করতে ও সেবন করতে ব্যর্থ হয়, তখন তারা আমার সন্তানের এ ধরনের ঔষধ সংরক্ষণ করতে এবং/অথবা সেবন করতে পারবেন।

পিতামাতা/অভিভাবকের সই		পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন	
সই দেওয়ার তারিখ _____/_____/_____		পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা	
ফোন নম্বর: _____ দিনের (_____) _____ - _____	বাড়ির (_____) _____ - _____	সেল ফোন* (_____) _____ - _____	
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা*			
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম		যোগাযোগের ব্যক্তির ফোন নম্বর (_____) _____ - _____	
DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY			
Received by: Name _____	Date _____/_____/_____	Received 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	
(Please Print)						Date ___ / ___ / _____	
Address			Tel. (____) _____ - _____		Fax. (____) _____ - _____		CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.
NYS License # (Required) _____			Medicaid# _____		NPI # _____		