

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;">EMERGENCY ORDERS</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>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.</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➢ If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs ➢ If initial or retest ketones are moderate or large, 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.</p> </td> </tr> </table>	<p>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.</p>	<p>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➢ If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs ➢ If initial or retest ketones are moderate or large, 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.</p>	<p style="text-align: center;">BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING SKILL LEVEL</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. <hr/> <p style="text-align: center;">INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</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>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.</p>	<p>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➢ If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs ➢ If initial or retest ketones are moderate or large, 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.</p>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">practitioner's initials</td> <td style="width: 80%;">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</td> </tr> </table>		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
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>Hypoglycemia</p> <p>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</p>	<p>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**</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>For bG > ___ mg/dL Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch</p> <p>For bG > ___ mg/dL Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**</p> <p><input type="checkbox"/> Give Snack** BEFORE Gym</p>
<p>Hyperglycemia bG > ___ mg/dL</p> <p><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"/> Correction Dose ONLY</p>	<p>Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch</p> <p>Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**</p>	<p>Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch</p> <p>Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG > ___ No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ___ AND at least ___ hours since last insulin, give insulin correction</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG > ___ No Gym <input type="checkbox"/> For bG > ___ AND at least ___ hours since last insulin, give insulin correction</p>
<p>Carb Coverage Insulin Instructions</p> <p><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"/> Correction Dose ONLY</p> <p>** 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 <input type="checkbox"/> Hold snack if bG > ___ mg/dL</p>				

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>Correction Dose by ISF: $\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \text{units insulin}$</p>	<p>Carb Coverage: # grams carb in meal # grams carb in I:C = ___ units insulin</p>	<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.
--	---	--

<p>Sliding Scale 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">bG Range mg/dL</th> <th style="width: 70%;">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								<input type="checkbox"/> Other time	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">bG Range mg/dL</th> <th style="width: 70%;">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

আমি এতদ্বারা সম্মতি প্রদান করছি:

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

আমি এতদ্বারা 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 ভেন্টোলিন ব্যতীত অন্যান্য ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদী 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 যথোপযুক্ত 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 জানি যে আমি কোনো ঔষধ প্রদান করলে সেটাকে তার আসল এবং উন্মুক্ত নয় এমন ঔষধের বাস্তবে দিতে হবে।** আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই সকল প্রয়োজনীয় স্ল্যাঙ্ক, উপকরণ এবং সামগ্রী সরবরাহ করতে হবে এবং যদি ব্যবস্থাপত্রে বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোনো পরিবর্তন হয়, তাহলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব অ্যাডুকেশন (“DOE”) কর্তৃক আয়োজিত গ্রীষ্মকালীন শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত নতুন স্বাস্থ্য বিধান বা নির্দেশিকা সরবরাহ করব (যেটিই আগে হোক না কেন)।

আমার জানা আছে যে আমার সন্তানের জন্য যে মেডিকেল রুম এবং আমার সন্তান যেসব জায়গায় ডাক্তার পরীক্ষা বা রক্তের শর্করা মাপার জন্য যাবে, সেসব জায়গার পরিবেশ সুরক্ষিত রাখার দায়িত্ব নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”), DOE এবং তাদের এজেন্টদের। আমি স্কুলকে ফ্লুকোজ পর্যবেক্ষণ এবং ইনসুলিন দেওয়ার জন্য ল্যানসেট এবং অন্যান্য নিরাপদ স্ট্রু যন্ত্র সরবরাহ করার সর্বত্র চেষ্টা করব।

এই ডায়াবেটিসের ঔষধ প্রদানের ফরমটি জমাদানের মাধ্যমে আমি অনুরোধ জানাচ্ছি যে, অফিস অব স্কুল হেলথ (“OSH”) এর মাধ্যমে DOHMH কর্তৃক আমার সন্তানকে যাতে নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার অংশ হতে পারে OSH স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই ফরমে অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে OSH, তাদের এজেন্টগণ এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের যথাযথতার উপর নির্ভর করেন। এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য OSH বা DOE এর কোনো চুক্তি নয় বরং এটি এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একজন শিক্ষার্থীর আবাসন পরিকল্পনা তৈরিও প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি এতদ্বারা OSH এবং DOE এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

ঔষধের স্ব-পরিচালনা:

এপিলেফ্রাইন, হাঁপানি ইনহেলার এবং অন্যান্য ঔষধের একটি অনুমোদিত স্ব-পরিচালিত ব্যবহারের জন্য এই অনুচ্ছেদটির সাহায্য লিন।

আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা দিচ্ছি যে, আমার সন্তান এই ঔষধের স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সম্পূর্ণরূপে সক্ষম এবং তাকে এটি করার পূর্ণ নির্দেশনা দেয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিৎসক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন, সংরক্ষণ 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 কোনো অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকব। আমি জানি যে স্কুল নার্স আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কিনা এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে স্ব-পরিচালিত করতে পারবে কিনা, তা নিশ্চিত করেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

যদি এমন কোনো পরিস্থিতির উদ্ভব হয় যেখানে আমার সন্তান এ ধরনের ঔষধ স্ব-প্রয়োগ বা স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সাময়িকভাবে অক্ষম তবে সেই ক্ষেত্রে আমি স্কুলের নার্স দ্বারা আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধ প্রয়োগ এবং/অথবা পরিচালনার সম্মতি জ্ঞাপন করছি।

এখানে স্বাক্ষর করুন

শিক্ষার্থীর নামের শেষ অংশ	নামের প্রথম অংশ	নামের মধ্যমাংশ	জন্মতারিখ
			স্কুল
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম লিখুন		পিতামাতা/অভিভাবকের সই	
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা		স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ	
টেলিফোন নম্বরসমূহ	দিনের বেলা	বাড়ি	সেল ফোন
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা			
বিকল্প জরুরি যোগাযোগকারীর নাম		যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

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.			