

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

بلڈ شوگر کی جانچ، داؤنی اور غذائی ضروریات: والدین / سرپرست کی رضامندی 2017-2016

میں بذریعہ ہذا ذیل کی اجازت دیتا ہوں:

- (1) میرے بچے کی بلڈ شوگر کی نگرانی؛
- (2) تجویز کردہ نسخے کے طبی علاج کی فراہمی اور / یا؛
- (3) اسکول کے املاک پر یا اسکول کی کفالت کردہ سرگرمیوں کے دوران خون میں گلوکوز کی کمی کا علاج، اس کے طبی نگہداشت پیشہ ور کی منسلکہ ہدایات کے مطابق کیا جائے گا۔

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور معالج کی منسلکہ ہدایات کے مطابق، دوا رکھنے اور دینے اور اس کے ساتھ ساتھ دوا کو دینے کے لیے ضروری آلات کو رکھنے اور استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میرے لیے اسکول کو دوا دینے کے لیے دوائی اور ضروری آلات، بشمول نان وینٹولین انہیلر (non-Ventolin inhaler) فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں دواخانہ (فارمیسی) سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہئے) فراہم کرنی چاہیے؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ تجویز کار کا نام، دوبارہ بھرنے (refill) کی تاریخ اور تعداد، دوا کا نام، خوراک، استعمال کی کثرت یا تعداد، دوا دینے کا طریقہ اور / یا دیگر ہدایات ہونی چاہئے؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہیے اور اس ڈبے پر طالب علم کا نام چسپاں ہونا چاہئے۔ میں جانتا ہوں کہ اگر میں کوئی دوائی فراہم کرتا ہوں تو، اس کو دوائی کے اصل اور بند ڈبے میں ہونا چاہیے۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے تمام ضروری ساز و سامان اور رسد فراہم کرنی ہے اور یہ کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اجازت صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دورانیے کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں مذکورہ بالا نسخے کے استعمال اور علاج کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری کردہ نیا نسخہ نئی ہدایات اسکول نرس کو نہ پہنچا دوں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔

میں جانتا ہوں کہ طبی کمرے میں یا کسی بھی ایسی جگہ پر جہاں میرا بچہ اپنے بلڈ شوگر کی جانچ کرے گا نیو یارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت، ("DOHMH")، DOE، ان کے ایجنٹ ایک محفوظ ماحول کو یقینی بنانے کے ذمہ دار ہیں۔ گلوکوز کی نگرانی اور انسولین لگانے کے مقصد کے لیے میں اسکول کو (Safety lancets) اور محفوظ تر سونپوں کے آلات فراہم کرنے کی پوری کوشش کروں گا۔

ذیابیطس کی داؤنی دینے کے اس فارم کو جمع کروا کر میں یہ درخواست کر رہا ہوں کہ میرے بچے کو اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے محکمہ برائے صحت اور دماغی صحت کی مخصوص خدمات فراہم کی جائیں۔ میں جانتا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت کے طبی نگہداشت کے پیشہ ور کے ذریعے کلینکل تشخیص اور ایک جسمانی معائنہ ان خدمات کا ایک حصہ ہو سکتا ہے۔ اس فارم میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے OSH، انکے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ میں یہ جانتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لیے OSH یا DOE کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ایسی خدمات کے لئے میری گزارش اور اجازت ہے۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات لازمی ہیں، تو طالب علم کے لئے سہولیات مہیا کرنے کا ایک منصوبہ بھی ضروری ہو سکتا ہے اور اسے اسکول کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

میں جانتا ہوں کہ OSH اور DOE، اسکے ایجنٹس، اور اسکے ملازمین میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منتظم طبی نگہداشت پیشہ ور اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

**\*\*خود سے دوا لینا: اپینفرین epinephrine، دمے سے آرام کے لئے دستی آلہ (انہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیرے پر اپنے نام کے حروف کو تحریر کریں :**

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو اوپر تجویز کی گئی دوا خود سے لینے کی مکمل ہدایت دے دی گئی ہے اور وہ اس مجوزہ دوائی کو بخوبی لینے کے قابل ہے۔ میں اپنے بچے کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ یہ مذکورہ تجویز کی گئی دوا کو اپنے ساتھ اسکول لے جا سکتا ہے، اسے اپنے پاس رکھ سکتا ہے اور خود سے لے سکتا ہے۔ میں اعتراف کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بیان کے مطابق لیبل لگے ہوئے ڈبے میں ایسی دوا فراہم کرنے، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کرنے، اور میرے بچے پر ایسی دوا کے اسکول میں استعمال کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لئے ذمہ دار ہوں۔ میں جانتا ہوں اسکول کی نرس میرے بچے کی ذمہ دارانہ انداز میں دوا کو اپنے پاس رکھنے اور اس کو لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے پاس خود سے لینے کے لئے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میڈیکل روم میں رکھنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں دوا کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔

میں میرے بچے کے دوا کا ذخیرہ کرنے یا اس کو خود سے لینے کے لیے عارضی طور پر قابل نہ ہونے کی صورت میں اسکول کی نرس کو ایسی دوائی کا ذخیرہ کرنے اور / یا میرے بچے کو دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

|   |                    |  |                    |
|---|--------------------|--|--------------------|
| والدین / سرپرست کے دستخط  |                    | والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں  |                    |
| دستخط کے تاریخ  |                    | والدین / سرپرست کا پتہ   |                    |
| ٹیلیفون نمبر: دن کے دوران (____) - (____) - (____)  |                    | گھر (____) - (____) - (____) سیل فون * (____) - (____) - (____)                                      |                    |
| والدین / سرپرست کا ای میل*  |                    |  |                    |
| ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام   |                    | رابطے کا ٹیلیفون نمبر ( )  |                    |
| ذیل میں تحریر نہ کریں صرف دفتر برائے اسکولی صحت (OSH) کے استعمال کے لیے DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY                     |                    |  |                    |
| Reviewed 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 _____/_____/_____<br>M M D D Y Y Y Y   |   | <input type="checkbox"/> Male                               | 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 _____ %   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>EMERGENCY ORDERS</b>   |  |   |  |   | <b>BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING</b>   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Severe Hypoglycemia</b><br>Administer <b>Glucagon</b> and call 911<br><input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM<br><br><input type="checkbox"/> ___ mg SC/IM<br>Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown.<br>Turn onto left side to prevent aspiration. |  |   |  |   | <b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b><br><input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if hyperglycemic, vomiting, or fever $\geq 100.5$<br>> If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones & bG in ___ hrs<br><br>> If initial or retest ketones are <u>moderate or large</u> , give water<br><input type="checkbox"/> Call parent and PMD<br><input type="checkbox"/> No Gym<br><input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, <b>CALL 911</b><br><input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin. |   |   |  |             | <input type="checkbox"/> Student may check bG without nurse supervision.<br><input type="checkbox"/> Student to check bG with nurse supervision.<br><input type="checkbox"/> Nurse / school personnel must check bG. |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   | <b>INSULIN ADMINISTRATION</b>  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication<br><input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision<br><input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer.*<br>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school/sponsored events: _____<br>(practitioner's initials)  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>*PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>  |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>MONITORING</b>   |  | <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<br>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> . THEN Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise indicated.<br><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch<br>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose, unless otherwise prescribed |  | For bG < ___ mg/dL<br>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> . THEN Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise indicated.<br><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**  |  | For bG < ___ mg/dL<br>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> .<br><input type="checkbox"/> If initial bG < ___, No Gym<br><input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment THEN send to Gym |   | For bG < ___ mg/dL<br>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> .<br><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.<br><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch   |  | Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.<br><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**   |  | <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>BEFORE</b> Gym   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Hyperglycemia</b><br>bG > ___ mg/dL  |  | <b>Test ketones if bG &gt; ___ mg/dL and manage as above for DKA: applies to all times (otherwise use space in Other Orders)</b>  |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed.<br><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch   |  | Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.<br><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**   |  | <input type="checkbox"/> For bG > ___. No Gym<br><input type="checkbox"/> For bG > ___ AND at least ___ hours since last insulin, give insulin correction   |  | <input type="checkbox"/> For bG > ___. No Gym<br><input type="checkbox"/> For bG > ___ AND at least ___ hours since last insulin, give insulin correction   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Carb Coverage</b><br>Insulin Instructions  |  | <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b><br><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG > Target bG AND at least ___ hours since last insulin  |  | <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b><br><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG > Target bG AND at least ___ hours since last insulin  |  | <b>**SNACK</b> Student may carry and self-administer snacks: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>Time of day _____ AM _____ PM<br>Type, Amount _____<br><input type="checkbox"/> <b>NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME</b>  |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>INSULIN ORDERS</b><br>(CHECK ONE)  |  | <input type="checkbox"/> <b>Correction Dose Method</b> (with or without Carb Coverage) using:<br><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<br>Glucose Monitoring ONLY   |             |  |  |  |  |  |
| <b>Name of Insulin:</b> _____   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Pen  |   | <input type="checkbox"/> <b>Insulin Pump (Brand):</b> _____ |  |             |  |  |  |  |  |
| Target bG = ___ mg/dL   |  | Insulin Sensitivity Factor (ISF)<br>1 unit decreases bG by ___ mg/dL  |  | Insulin to Carbohydrate Ratio (I:C)<br>For LUNCH: 1 unit: per ___ grams carbs<br>For SNACK: 1 unit: per ___ grams carbs   |  | Basal Rate In School<br>___ units/hour ___ to ___ AM / PM<br>___ units/hour ___ to ___ AM / PM  |   | Basal Rate for Gym<br>___ percent for ___ hours<br><input type="checkbox"/> Disconnect Pump for gym  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Correction Dose by ISF:</b><br>$\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \dots$ units insulin  |  | <b>Carb Coverage:</b> # grams carb in meal<br># grams carb in I:C<br>= ___ units insulin  |  | <input type="checkbox"/> Follow Pump recommendation for bolus dose (If not using Pump recommendation, round dose DOWN to nearest 0.1 unit).<br><input type="checkbox"/> For bG > ___ mg/dL that has not decreased ___ hours after correction, consider pump failure and notify parent.<br><input type="checkbox"/> For suspected pump failure: DISCONNECT pump; give insulin by syringe or pen. |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| Round <b>DOWN</b> insulin dose to the closest <b>0.5 unit</b> for syringe/pen or to the nearest <b>whole unit</b> if the syringe/pen doesn't have half-units: <b>unless</b> otherwise instructed by the PCP/endocrinologist.  |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Sliding Scale</b><br>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<br><input type="checkbox"/> Pre-Snack<br><input type="checkbox"/> Correction dose  |  | bG Range mg/dL  |  | Insulin   |   | <input type="checkbox"/> Other time<br>bG Range mg/dL<br>Insulin Units   |             |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  | 0   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Home Medications</b>   |  | <b>Dose</b>   |  | <b>Frequency</b>  |  | <b>Time</b>   |   | <b>OTHER ORDERS</b> (such as "Fixed Dose" orders, adjustments for rounding)  |             |  |  |  |  |  |
| Insulin:  |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| Oral:   |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| <b>Health Care Practitioner</b> LAST NAME   |  |   |  | FIRST NAME  |  |   |   | Signature  |             | Date ___/___/___   |  |  |  |  |
| (Please Print)  |  |   |  |   |  |   |   |  |             |  |  |  |  |  |
| Address   |  |   |  | Tel. (____)____-____  |  |   |   | Fax. (____)____-____   |             | CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.  |  |  |  |  |
| NYS License # (Required) _____  |  |   |  | Medicaid# _____   |  |   |   | NPI # _____  |             |  |  |  |  |  |