

# 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> <p><input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM</p> <p>Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever <math>\geq</math> 100.5F</p> <p>➢ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs</p> <p>➢ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, give water</p> <p><input type="checkbox"/> Call parent and PMD</p> <p><input type="checkbox"/> No Gym</p> <p><input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, <b>CALL 911</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ____ hours since last insulin.</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM</p> <p>Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever <math>\geq</math> 100.5F</p> <p>➢ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs</p> <p>➢ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, give water</p> <p><input type="checkbox"/> Call parent and PMD</p> <p><input type="checkbox"/> No Gym</p> <p><input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, <b>CALL 911</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ____ hours since last insulin.</p>	<p style="text-align: center;"><b>BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING SKILL LEVEL</b></p> <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> <p style="text-align: center;"><b>INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</b></p> <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> <p style="font-size: small;">_____ practitioner's initials</p> <p>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, &amp; school/sponsored events *PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>
<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM</p> <p>Give PRN: unconsciousness, unresponsiveness, seizure, or inability to swallow <b>EVEN</b> if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever <math>\geq</math> 100.5F</p> <p>➢ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs</p> <p>➢ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, give water</p> <p><input type="checkbox"/> Call parent and PMD</p> <p><input type="checkbox"/> No Gym</p> <p><input type="checkbox"/> If vomiting, unable to take PO, and MD not available, <b>CALL 911</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ____ hours since last insulin.</p>		

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</p> <p>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>. <b>THEN</b> Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise indicated.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p> <p><b>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose, unless otherwise prescribed</b></p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p>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>.</p> <p><input type="checkbox"/> If initial bG &lt; ____, No Gym</p> <p><input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment <b>THEN</b> send to Gym</p>	<p>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>.</p> <p><input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment</p>
<p><b>Between hypo &amp; hyperglycemia</b></p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.</p> <p><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</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG &gt; ____ No Gym</p> <p><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</p> <p><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></p> <p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG &gt; Target bG AND at least ____ hours since last insulin</p> <p><input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG &gt; Target bG AND at least ____ hours since last insulin</p> <p><input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b></p>	<p><b>**SNACK</b> Student may carry and self-administer snacks: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Time of day _____ AM _____ PM</p> <p>Type, Amount _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hold snack if bG &gt; ____ mg/dL</b></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
------------------------	---	---	--	---

**Correction Dose by ISF:**  

$$\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \text{units insulin}$$

**Carb Coverage:** # grams carb in meal = \_\_\_\_ units insulin  
 # grams carb in I:C = \_\_\_\_ units insulin

**Follow Pump recommendation** for bolus dose (If not using Pump recommendation, round dose **DOWN** to nearest 0.1 unit).  
 For bG > \_\_\_\_ mg/dL that has not decreased \_\_\_\_ hours after correction, consider pump failure and notify parent.  
 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.

<p><b>Sliding Scale</b></p> <p>Do NOT overlap ranges (e.g., enter as 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given.</p>	<p><input type="checkbox"/> Pre-Lunch</p> <p><input type="checkbox"/> Pre-Snack</p> <p><input type="checkbox"/> Correction dose</p>	<p><b>bG Range mg/dL</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%; text-align: center;">0</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	0																				<p><b>Insulin</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Other time</p>	<p><b>bG Range mg/dL</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%; text-align: center;">0</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	0																				<p><b>Insulin Units</b></p>
0																																														
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**

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 جانتا ہوں کہ میرے لیے اسکول کو دوا دینے کے لیے دوائی اور ضروری آلات، بشمول نان وینٹولین اینہیلر (non-Ventolin inhaler) فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں فارمیسی سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہئیں) فراہم کرنی چاہئیں؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ نسخہ ساز 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 چاہئیں؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہئیں 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 چاہئے۔ 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 دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں مذکورہ بالا نسخہ 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")، 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 سونیوں کے آلات فراہم کرنے کی پوری کوشش کروں گا۔

ڈیابیطس کی دوائی 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 لئے 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:**

**ایپینفرین (epinephrine) دمے سے آرام کے لئے دستی آلہ (اینہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیراگراف 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۔

نام کے ابتدائی حروف

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۔

نام کے ابتدائی حروف



طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانہ	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین / سرپرست کے دستخط			
والدین / سرپرست کا پتہ	دستخط کی تاریخ			
ٹیلیفون نمبر	دن کا	گھر	سیل فون	
والدین / سرپرست کا ای میل پتہ				
ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام	رابطے کا ٹیلیفون نمبر			

**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.			