

Attach student photo here

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

□ Addendum Attached

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year **2018-2019**

DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

| | | | | | |
|---|------------|----|----------------------|--|--------|
| Student Last Name | First Name | MI | Date of birth | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | 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 | . % |

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

NOTE: Orders received on this form will be processed for the September 2018 through August 2019 school year unless noted: □ Current Year '17-'18 ONLY

| | | |
|--|--|---|
| Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911 <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____mg SC/IM Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration. | Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > 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 Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin. | Blood Glucose (bg) Monitoring Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse / adult must check bG. <input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision. <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision. |
| | Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <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:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students. | Insulin Administration Skill Level <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:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students. |

| | | |
|--|---|--|
| Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > 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 Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ hours since last insulin. | Blood Glucose (bg) Monitoring Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse / adult must check bG. <input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision. <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision. | Insulin Administration Skill Level <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:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students. |
| Insulin orders: <i>Insulin is given before meals unless otherwise noted</i> <input type="checkbox"/> No Insulin in School <input type="checkbox"/> Insulin Name: _____ Delivery method: <input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Pump (Brand) _____ <input type="checkbox"/> Parent may have input into insulin dosing. See DMAF Addendum form. | Insulin Calculation Method: <input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least ____ hr. since last insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders) | Insulin Calculation Directions: (give number, not range) Target bG = ____ mg/dl Insulin Sensitivity Factor (ISF): _____ Insulin to Carb Ratio (I:C): _____ 1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____) 1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____) Lunch: 1 unit per ____ gms carbs Snack: 1 unit per ____ gms carbs Breakfast: 1 unit per ____ gms carbs |
| Carb Coverage: # gm carb in meal = X units insulin # gm carb in I:C _____ | Correction Dose using ISF: $bG - Target\ bG = X\ units\ insulin$ ISF _____ | Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ unit marks; unless otherwise instructed by PCP/Endocrinologist. Round DOWN to nearest 0.1 unit for pumps, unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders. |

| | | |
|--|---|---|
| Mid-range Glycemia: <input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Give snack before gym | Hyperglycemia: <input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> For bG > ____mg/DL or and mod/lg Ketones <input type="checkbox"/> Pre-gym and/or <input type="checkbox"/> PRN – NO GYM <input type="checkbox"/> For bG > ____mg/DL or <input type="checkbox"/> Pre-gym and/or <input type="checkbox"/> PRN, NO GYM <input type="checkbox"/> For bG meter reading "High" use bG value of ____mg/DL. If not specified, nurse will use bG value of 500 mg/dl. | Breakfast Orders: Complete DMAF Addendum for breakfast orders Snack: Student may carry and self-administer snack <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 |
|--|---|---|

| For Pumps - Basal Rate in school: ____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM ____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM ____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM <input type="checkbox"/> Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump. <input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for gym <input type="checkbox"/> Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for ____ min. | Basal rate for Gym ____ units/hr ____ % for ____ hrs | Additional Pump Instructions: <input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit) <input type="checkbox"/> For bG > ____ mg/dl that has not decreased in ____ hours after correction, consider pump failure and notify parents. <input type="checkbox"/> For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents. <input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if > ____ hrs since last insulin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|-------------|---------------|---------------|------------------------------------|-------------|------|-------------------------------|-------------|------|--------------------------------|-------------|------|------------------------------------|-------------|------|--------------------------------|-------------|------|--------------------------------|-------------|------|--|-------------|------|-------------------------------------|-------------|------|--|-------------|------|-------------------------------|-------------|------|--|------------|------|-----------|------|-------|----------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| Sliding Scale: Do NOT overlap ranges (e.g. enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. <table border="1"> <tr> <th></th> <th>bG</th> <th>Units Insulin</th> <th>Other</th> <th>bG</th> <th>Units Insulin</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Breakfast</td> <td>Zero - ____</td> <td>____</td> <td><input type="checkbox"/> Time</td> <td>Zero - ____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lunch</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> <td><input type="checkbox"/> Breakfast</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Snack</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> <td><input type="checkbox"/> Snack</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Correction Dose</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> <td><input type="checkbox"/> Correction</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> <td><input type="checkbox"/> Dose</td> <td>____ - ____</td> <td>____</td> </tr> </table> | | bG | Units Insulin | Other | bG | Units Insulin | <input type="checkbox"/> Breakfast | Zero - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Time | Zero - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Lunch | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Breakfast | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Snack | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Snack | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Correction Dose | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Correction | ____ - ____ | ____ | | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Dose | ____ - ____ | ____ | Home Medication <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medication</th> <th>Dose</th> <th>Frequency</th> <th>Time</th> <th>Route</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Insulin:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Other:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Medication | Dose | Frequency | Time | Route | Insulin: | | | | | Other: | | | | | Other Orders: (attach additional page, signed and dated, if needed) |
| | bG | Units Insulin | Other | bG | Units Insulin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Breakfast | Zero - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Time | Zero - ____ | ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lunch | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Breakfast | ____ - ____ | ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Snack | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Snack | ____ - ____ | ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Correction Dose | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Correction | ____ - ____ | ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ____ - ____ | ____ | <input type="checkbox"/> Dose | ____ - ____ | ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medication | Dose | Frequency | Time | Route | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Insulin: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Other: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Health Care Practitioner Name LAST FIRST Address NYS License # (Required) _____ NPI # _____ | Signature Date Tel. (____) _____ - _____ Fax. (____) _____ - _____ CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes. |
|--|---|

استمارة إعطاء دواء مرض السكري

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2018-2019

موعد الاستحقاق: 15 يوليو/ تموز. الاستمارات المقدمة بعد يوم 15 يوليو/ تموز قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد. نرجو إرسال جميع استمارات تقديم دواء مرض السكري (DMAFs) بالفاكس على الرقم 347-396-8932، أو 347-396-8945.

يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على التصريح لمرضة المدرسة بإعطاء الدواء الموصوف لطفلي، والسماح لمدرسة طفلي بفحص نسبة السكر في الدم لدى طفلي، وعلاج انخفاض سكر الدم لدى طفلي بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي. قد تقوم المدرسة بأداء تلك الوظائف على أرض المدرسة أو خلال الرحلات المدرسية.
- أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمأكولات الخفيفة والمعدات الخاصة به. سأحاول أن أقدم للمدرسة مستلزمات قياس السكر في الدم وغيرها من أجهزة وإمدادات السلامة لفحص مستويات سكر الدم لدى طفلي وإعطاء الإنسولين.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، قد يقدم مكتب الصحة المدرسية (OSH) الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً كيميائياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الححصن الصيفي، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب).
 - إذا انتهى أمر الدواء هذا، ولم يتم ممارس الرعاية الصحية التابع لطفلي بكتابة استمارة (MAF) جديدة، فقد يقوم أحد ممارسي الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) بملء استمارة (MAF) جديدة خاصة بدواء السكري لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوقيعي لكتابة استمارات (MAFs) مستقبلية لتقديم دواء السكري.
 - يتولى كل من مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) مسؤولية التأكد من قدرة طفلي على اختبار سكر الدم الخاص به بأمان في الغرفة الطبية وفي أي موقع مدرسي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات السكري المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
 - إذا لم تتوفر ممرضة المدرسة، فقد يتم إخطاري بالحضور للمدرسة لإعطاء الدواء لطفلي.

تناول الدواء بشكل ذاتي:

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملحوظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

| | | | | |
|---|---|--------|---------------|---------|
| الاسم الأخير للتلميذ(ة) | الاسم الأول | الأوسط | تاريخ الميلاد | المدرسة |
| اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح | توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر | | | |
| تاريخ التوقيع | عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر | | | |
| أرقام الهاتف: أثناء النهار | المنزل | | | |
| الهاتف المحمول | | | | |
| اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ | رقم هاتف طرف الاتصال | | | |

For Office of School Health (OSH) Use Only / لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| OSIS Number: | <input type="checkbox"/> 504 | <input type="checkbox"/> IEP | <input type="checkbox"/> Other |
| Received by: Name | Date | Reviewed by: Name | Date |
| Services provided by: | <input type="checkbox"/> Nurse/NP | <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor | <input type="checkbox"/> School Based Health Center |
| (For supervised students only) | | | |
| Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): | | | |
| Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified | | | |

*لا يجوز إرسال المعلومات السرية بواسطة البريد الإلكتروني