

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

**مراقبة مستوى السكر في الدم، والاحتياجات الدوائية والحماية:  
تصريح الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر لعام 2016-2017**

أصرح بموجبي بما يلي:

(1) مراقبة مستوى السكر في دم طفلي؛

(2) تقديم العلاج الموصوف طبيياً و/ أو؛

(3) علاج نوبات نقص السكر بالدم داخل مبنى المدرسة أو خلال الأنشطة التي هي برعاية المدرسة، بالتوافق مع إرشادات مقدم الرعاية الصحية المرفقة.

أقر بموجبي بموافقتي على تخزين الدواء وإعطائه، بالإضافة إلى تخزين الأدوات الضرورية لإعطاء الدواء واستخدامها بالتوافق مع إرشادات طبيب طفلي. أنا أدرك أنه يتعين علي تزويد المدرسة بالدواء والأدوات اللازمة لإعطائه، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تستخدم دواء (Ventolin). يجب إحضار الدواء في عبوات أصلية عليها ملصق من الصيدلية (ويتعين علي الحصول على عبوات أخرى مماثلة لاستخدام طفلي خارج المدرسة)؛ ويجب أن يتضمن الملصق على الدواء الموصوف اسم التلميذ(ة)، اسم ورقم هاتف الصيدلية، اسم الطبيب المرخص الذي وصف الدواء، تاريخ وعدد مرات إعادة التعبئة، اسم الدواء، الجرعات، عدد مرات تناول، طريقة تناول و/ أو إرشادات أخرى؛ يجب أن تكون الأدوية المباعه من دون وصفة طبية ونماذج الأدوية معبأة في عبوات أصلية للمنتج، مع اسم التلميذ مثبت على العبوة. أدرك أنني إذا أحضرت أي أدوية، فيجب أن تكون معبأة في العبوات الأصلية غير المفتوحة. إنني أدرك أنه يتعين علي تقديم كافة الأطعمة الخفيفة اللازمة، والأدوات واللوازم، وأنه يتعين علي أيضاً إخطار ممرض(ة) المدرسة على الفور بأية تغييرات في الوصفة أو الإرشادات المذكورة أعلاه.

وأدرك بأن هذه الموافقة صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج التعليم الصيفي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم لممرض المدرسة وصفة دواء جديدة أو تعليمات جديدة أصدرها مقدم الرعاية الصحية الخاص بطفلي تهتم إدارة المراقبة والعلاج المذكورين أعلاه (أيهما أسبق).

إنني أدرك أن إدارة الصحة البدنية والعقلية بمدينة نيويورك ("DOHMH")، وإدارة التعليم (DOE)، ووكلائهما تتحملان مسؤولية ضمان بيئة سليمة في الغرفة الطبية وأي مكان آخر حيث يمكن لطفلي فحص مستوى السكر في الدم. وسوف أبذل كل جهد ممكن لتزويد المدرسة بمشارط وإبر وأدوات أخرى آمنة بغرض مراقبة مستوى الجلوكوز وإعطاء حقن الانسولين.

إنني، بإرسال استمارة إعطاء أدوية مرض السكري، أطلب أن تقوم إدارة الصحة البدنية والعقلية بمدينة نيويورك (DOHMH) بتوفير خدمات صحية محددة لطفلي عن طريق مكتب الصحة المدرسية (OSH). وأنا أدرك أن جزءاً من هذه الخدمات قد يتضمن تقييماً اكلينيكياً وفحصاً بدنياً من طرف مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH). لقد تم تضمين إرشادات تامة وكاملة حول تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه في استمارة اعطاء الدواء هذه. أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلائه، وموظفيه المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة. إنني أدرك أن هذه الاستمارة ليست موافقة من مكتب الصحة المدرسية (OSH) أو من إدارة التعليم (DOE) على تقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها في الواقع، طلبي وموافقتي للحصول على هذه الخدمات. إذا تم اتخاذ القرار بأن هذه الخدمات ضرورية، فقد تكون خطة تسهيلات التلميذ(ة) (Student Accommodation Plan) أيضاً ضرورية وسيتم إعدادها من قبل المدرسة.

إنني هنا أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) وموظفيهما ووكلائهما، بالاتصال والتشاور مع أي مقدم للرعاية الصحية و/ أو الصيدلي الذي قام بإعطاء الدواء أو الخدمات الصحية لطفلي، وطلب أية معلومات إضافية قد تكون مناسبة لما يتعلق بحالة طفلي الصحية، الدواء و/ أو المعالجة.

**\*\*تناول الدواء بشكل ذاتي: ضعوا الحروف الأولى من الاسم على هذه الفقرة لاستخدام عقار (epinephrine)، وأجهزة الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح بتناولها ذاتياً):**

أقر بأن طفلي قد حصل على كافة الإرشادات وهو قادر على تناول الدواء الموصوف بنفسه. وأصرح بالإضافة لذلك لطفلي بحمل وتخزين الدواء المذكور أعلاه وتناوله بنفسه في المدرسة. أقر بأنني أتحمّل مسؤولية تزويد طفلي بذلك الدواء في العبوات بالملصقات كما هو موضح أعلاه، وأنني أتحمّل مسؤولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أتحمّل مسؤولية أية تبعات وكافة تبعات استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. إنني أدرك أن ممرض المدرسة سوف يؤكد مقدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه بشكل مسئول في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على إحضار "دواء إضافي" في عبوة عليها ملصق تعريف واضح لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله. كما أخوّل لممرض(ة) المدرسة أن يقوم بتخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.

توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر	اسم الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر بخط واضح		
تاريخ التوقيع	عنوان الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر		
أرقام الهاتف: خلال النهار ( ) - ( )	المنزل ( ) - ( )		
الهاتف المحمول* ( ) - ( )			
البريد الإلكتروني للوالد(ة) / ولي(ة) الأمر*			
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	رقم هاتف طرف الاتصال ( ) - ( )		
لا تكتبوا أسفله - هذا الجزء لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط - 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.			

**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	<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 \_\_\_\_\_ %

EMERGENCY ORDERS	BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING
<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> 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><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.</p>
<p><b>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if hyperglycemic, vomiting, or fever <math>\geq 100.5</math>     &gt; If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones &amp; bG in ___ hrs      &gt; 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, <b>CALL 911</b>     <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if &gt; ___ hours since last insulin.</p>	<p align="center"><b>INSULIN ADMINISTRATION</b></p> <p><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: _____ <small>(practitioner's initials)</small></p>

MONITORING	<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>	<p>For bG &lt; ___ mg/dL 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>. THEN Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise indicated. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch <b>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose, unless otherwise prescribed</b></p>	<p>For bG &lt; ___ mg/dL 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>. THEN Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise indicated. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p>For bG &lt; ___ mg/dL 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>. <input type="checkbox"/> If initial bG &lt; ___, No Gym <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment THEN send to Gym</p>	<p>For bG &lt; ___ mg/dL 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>. <input type="checkbox"/> Give Snack** <b>AFTER</b> treatment</p>

<b>Between hypo &amp; hyperglycemia</b>	Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch	Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**	<input type="checkbox"/> Give Snack** <b>BEFORE</b> Gym
---	---	---	---

<b>Hyperglycemia</b> 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. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch	Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> 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

<b>Carb Coverage</b> Insulin Instructions	<input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> <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> <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 Time of day _____ AM _____ PM Type, Amount _____ <input type="checkbox"/> <b>NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME</b>
--	--	--	--

<b>INSULIN ORDERS</b> (CHECK ONE)	<input type="checkbox"/> <b>Correction Dose Method</b> (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
--------------------------------------	--	--	---	--

<b>Name of Insulin:</b> _____		<input type="checkbox"/> Syringe	<input type="checkbox"/> Pen	<b>Insulin Pump (Brand):</b> _____	
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

<b>Correction Dose by ISF:</b> $\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \_ \_ \_ \text{ units insulin}$	<b>Carb Coverage:</b> # grams carb in meal # grams carb in I:C = $\_ \_ \_ \text{ units insulin}$	<input type="checkbox"/> <b>Follow Pump recommendation</b> 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.
---	---	--

<b>Sliding Scale</b> <i>Do NOT overlap ranges (e.g., enter as 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given.</i>	<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	Date _____ / _____ / _____
Address		Tel. (____) _____ - _____	Fax. (____) _____ - _____
NYS License # (Required) _____	Medicaid# _____	NPI # _____	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.