

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> <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 style="text-align: center;">Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)</p> <p><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> <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;">INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</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>
		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

MONITORING	<input type="checkbox"/> At LUNCH Time	<input type="checkbox"/> At SNACK Time**	<input type="checkbox"/> At GYM Time	<input type="checkbox"/> PRN
Hypoglycemia	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	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**	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	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
Between hypo & hyperglycemia	Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch	Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Snack**	<input type="checkbox"/> Give Snack** BEFORE Gym	
Hyperglycemia bG > ____ mg/dL	Insulin is given BEFORE Lunch, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER Lunch	Insulin is given BEFORE Snack, unless otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin AFTER 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
Carb Coverage Insulin Instructions	<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	<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	** 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	

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 = # grams carb in I:C = ____ units insulin

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.

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.

Sliding Scale 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 <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 (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

أصرح بموجبه 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 بموجبه 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 المباعية 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 استمارة تقديم الدواء (MAF) هذه صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج التعليم الصيفي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم ممرض المدرسة وصفة دواء جديدة أو تعليمات جديدة أصدرها مقدم الرعاية الصحية الخاص بطفلي تهم 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 الغلوكوز 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 أكاديمياً وفحصاً بدنياً من طرف مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH). لقد تم تضمين إرشادات تامة وكاملة حول تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه في هذه 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 بموجبه 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 باللصاقات 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 مسؤول في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على إحضار "دواء إضافي" في عبوة عليها لصاقة تعريف واضحة لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله.

التوقيع بالاحرف الأولى

وقع هنا

كما أخوّل ممرض(ة) المدرسة بتخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.

التوقيع بالاحرف الأولى

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

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.			