

# 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> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM 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> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG &gt; ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F                  ➤ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones &amp; bG in ____ hrs                  ➤ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b>, 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.             </td> </tr> </table>	<p><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM 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> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG > ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs ➤ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b> , 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 > ____ hours since last insulin.	<p style="text-align: center;"><b>BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING SKILL LEVEL</b></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><b>Severe Hypoglycemia</b> Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b> <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM 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> <input type="checkbox"/> Test <b>ketones</b> if bG > ____ mg/dL, or if vomiting, or fever ≥ 100.5F ➤ If <b>small</b> or <b>trace</b> give water; re-test ketones & bG in ____ hrs ➤ If <b>initial</b> or retest ketones are <b>moderate</b> or <b>large</b> , 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 > ____ hours since last insulin.		
<p style="text-align: center;"><b>INSULIN ADMINISTRATION SKILL LEVEL</b></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>_____ 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>		

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 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. <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>. <b>THEN</b> 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 <b>THEN</b> 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>
<p><b>Between hypo &amp; hyperglycemia</b></p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p><input type="checkbox"/> Give Snack** <b>BEFORE</b> Gym</p>	
<p><b>Hyperglycemia</b> bG &gt; ____ mg/dL</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Lunch, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Lunch</p>	<p>Insulin is given <b>BEFORE</b> Snack, <b>unless</b> otherwise instructed. <input type="checkbox"/> Give insulin <b>AFTER</b> Snack**</p>	<p><input type="checkbox"/> For bG &gt; ____ No Gym <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 <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> <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG &gt; Target bG AND at least ____ hours since last insulin <input type="checkbox"/> Correction Dose <b>ONLY</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>PLUS</b> Correction Dose when bG &gt; Target bG AND at least ____ hours since last insulin <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 Time of day _____ AM _____ PM Type, Amount _____ <input type="checkbox"/> <b>NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME</b> <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
<p><b>Correction Dose by ISF:</b>  <math display="block">\frac{bG - Target\ bG}{Insulin\ Sensitivity\ Factor} = \text{units insulin}</math> </p>		<p><b>Carb Coverage:</b> # grams carb in meal = ____ units insulin                  # grams carb in I:C = ____ units insulin</p>		<p><input type="checkbox"/> <b>Follow Pump recommendation</b> for bolus dose (If not using Pump recommendation, round dose <b>DOWN</b> to nearest 0.1 unit).  <input type="checkbox"/> For bG &gt; ____ mg/dL that has not decreased ____ hours after correction, consider pump failure and notify parent.  <input type="checkbox"/> For suspected pump failure: <b>DISCONNECT</b> pump; give insulin by syringe or pen.</p>

<p><b>Sliding Scale</b> 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 <input type="checkbox"/> Pre-Snack <input type="checkbox"/> Correction dose</p>	<p><b>bG Range mg/dL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	0					<p><b>Insulin</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						<p><input type="checkbox"/> Other time</p>	<p><b>bG Range mg/dL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	0					<p><b>Insulin Units</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					
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**

Je consens, par la présente :

- (1) au contrôle et surveillance du taux de glucose présent dans le sang de mon enfant ;
- (2) à l'administration des traitements prescrits par son médecin ou ;
- (3) au traitement de ses crises d'hypoglycémie dans l'enceinte scolaire, lors des activités patronnées par son école, à condition que soient suivies les instructions ci-jointes de son médecin ou professionnel de santé.

Je consens, par la présente, à la conservation et l'administration de médicament(s), ainsi qu'au stockage et à l'utilisation des ustensiles et matériel nécessaires pour administrer ce(s) médicament(s), conformément aux instructions du prestataire du professionnel de santé ou médecin de mon enfant. Je sais que c'est à moi de fournir, à l'établissement scolaire, les produits et l'équipement nécessaires pour administrer ces médicaments, notamment les inhalateurs s'ils ne sont pas pour la Ventoline. Les médicaments doivent être apportés dans leur récipient d'origine avec la bonne étiquette de la pharmacie (il faut que je me procure un autre récipient similaire dont mon enfant se servira à l'extérieur de l'école). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner le nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, le nom de l'auteur agréé de la prescription, la date et le nombre de renouvellements, le nom du médicament, la dose prescrite, la fréquence des prises, les modalités d'administration ou d'autres consignes d'utilisation. Les médicaments sans ordonnance et les échantillons de médicaments doivent être dans le récipient d'origine du fabriquant, où sont apposés les prénoms et nom de l'élève. **Je déclare avoir compris que si je fournis un médicament, il doit être donné dans sa boîte d'origine QUI N'A JAMAIS ÉTÉ OUVERTE.** Je sais que c'est à moi de fournir tous les snacks, le matériel et les produits dont a besoin mon enfant, et que je dois prévenir immédiatement l'infirmier scolaire de tout changement de prescription ou d'instructions susmentionnées.

Je sais que ce consentement n'est valable que jusqu'à la date où prend fin tout programme de cours d'été patronné par le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) ; ou au moment où je fournis, à l'infirmier scolaire, une nouvelle ordonnance ou de nouvelles instructions du professionnel de santé ou médecin de mon enfant pour l'administration du traitement et le contrôle médicamenteux prescrits susmentionnés (suivant l'événement qui survient le plus tôt).

Je reconnais que le Département de la Santé et de l'Hygiène mentale (Department of Health and Mental Hygiene ou *DOHMH*) et le DOE et leurs mandataires ont la responsabilité d'assurer un climat de sécurité en salle médicale et partout ailleurs où mon enfant pourrait mesurer son taux de sucre dans le sang. Je ferai tout pour fournir, à l'établissement scolaire, des lancettes de sécurité, seringues et autres instruments similaires, qui ne présentent aucun danger et dont l'objet est de contrôler le taux de glucose et d'administrer l'insuline.

En déposant ce formulaire d'administration de traitement médicamenteux contre le diabète, je demande à ce que mon enfant bénéficie de services médicaux particuliers de la part du DOHMH, par le biais du Bureau de la Santé scolaire (Office of School Health - OSH). Je déclare avoir compris que certains de ces services médicaux peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé de l'OSH. Ce formulaire contient l'intégralité des instructions complètes pour donner les soins médicaux demandés ci-dessus. Je sais que l'OSH, ses mandataires et employés, impliqués dans l'intervention médicale demandée ci-dessus, s'en remettent à l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire. Je reconnais que ce formulaire ne constitue pas un accord de l'OSH ou du DOE d'offrir les services demandés, mais plutôt une demande de ma part et mon consentement pour ces services. Si ces soins sont jugés nécessaires, un Plan d'aménagement(s) pour l'élève (Student Accommodation Plan) peut aussi être requis et sera, dans ce cas, rédigé par l'établissement scolaire.

Je déclare avoir compris que, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin ou spécialiste) ou pharmacien ayant fourni des médicaments ou services médicaux à mon enfant, et obtenir, ainsi, toute information supplémentaire considérée pertinente sur son état de santé, ses médicaments ou son traitement.

**PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :**

**Pour utiliser l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), l'inhalateur contre l'asthme et d'autres médicaments approuvés que l'enfant/adolescent peut prendre seul, mettez vos initiales devant ces paragraphes**

INITIALES Je certifie, par la présente, que mon enfant a bien été complètement instruit et est capable de prendre, lui-même, le médicament prescrit. Je consens, en outre, à ce que mon enfant porte sur lui, conserve et prenne seul, dans l'enceinte scolaire, le(s) médicament(s) prescrit(s) cité(s) ci-dessus. Je reconnais avoir à fournir à mon enfant ces médicaments dans des récipients étiquetés comme décrit ci-dessus, être responsable de vérifier comment mon enfant s'en sert, et de toutes les conséquences possibles découlant de son(leur) usage dans l'enceinte scolaire. Je sais que l'infirmier de l'école confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui et à prendre seul son(s) médicament(s) de façon responsable. En outre, je consens à fournir un(des) médicament(s) « de secours » dans un récipient, dont le texte de l'étiquette est clair et lisible, à conserver en salle médicale au cas où mon enfant en aurait une quantité insuffisante à prendre seul sur lui.

INITIALES Je consens aussi à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve ou administre un tel traitement médicamenteux à mon enfant au cas où ce(cette) dernier(ère) serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui(elle) ou de le prendre seul(e).

**SIGNEZ  
ICI**

Nom de famille de l'élève	Prénom	MI	Date de naissance	École
Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie			Signature du parent/tuteur	
Adresse du parent/tuteur de l'élève			Signé le	
Numéros de téléphone	En journée	Domicile	Portable	
Adresse email du parent/tuteur				
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence			Numéro de téléphone de cette autre personne	

**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.			