

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ____/____/____	School
--------------------------	------------	----	------------------------------	--------

BESOIN DE CONTRÔLE DU GLUCOSE SANGUIN, TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIAL :
CONSENTEMENT DE LA MÈRE, DU PÈRE OU TUTEUR VALABLE EN 2016-2017

Je consens, par la présente à/au :

- (1) contrôle et surveillance du taux de glucose présent dans le sang de mon enfant ;
- (2) l'administration des traitements prescrits par son médecin et/ou ;
- (3) 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'établissement scolaire). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner les prénoms et nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, les prénoms et 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 et/ou d'autres consignes d'utilisation. Les médicaments sans ordonnance et les échantillons de médicaments doivent être dans le récipient d'origine du fabricant, où sont apposés les prénoms et nom de l'élève. Je suis conscient(e) 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 suis conscient(e) 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, 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 ou 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 suis conscient(e) que, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin et/ou spécialiste) et/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 et/ou son traitement.

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

_____ 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 fils(fille) porte sur lui(elle), conserve et prenne seul(e), 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'établissement scolaire confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui(elle) et à prendre seul(e) son(ses) 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(e) sur lui(elle).

_____ Je consens à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve et/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).

Signature de la mère/du père ou tuteur de l'élève	Prénoms et nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie
Signé le ____/____/____	Adresse du parent/tuteur de l'élève
Coordonnées téléphoniques : En journée (____)____-____	Domicile (____)____-____ Tél. portable* (____)____-____
Email du parent/tuteur de l'élève*	
Prénoms et nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence	N° de téléphone de cette autre personne (____)____-____
NE RIEN ÉCRIRE CI-DESSOUS – RÉSERVE AU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE (OSH) (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		OSIS # _____																									
<input type="checkbox"/> Female		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 _____ %																													
EMERGENCY ORDERS						BLOOD GLUCOSE (bG) MONITORING																													
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.						Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if hyperglycemic, vomiting, or fever ≥ 100.5 > If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > 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, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.						<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.																							
						INSULIN ADMINISTRATION																													
						<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: _____ (practitioner's initials)																													
*PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE																																			
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		Test ketones if bG > ___ mg/dL and manage as above for DKA: applies to all times (otherwise use space in Other Orders)																																	
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		<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"/> Carb coverage ONLY <input type="checkbox"/> Carb coverage PLUS Correction Dose when bG > Target bG AND at least ___ hours since last insulin		**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																													
INSULIN ORDERS (CHECK ONE)		<input type="checkbox"/> Correction Dose Method (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																									
Name of Insulin:		<input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Pen		<input type="checkbox"/> 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																																	
		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.																																	
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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>bG Range mg/dL</th> <th>Insulin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		bG Range mg/dL	Insulin	0										<input type="checkbox"/> Other time		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>bG Range mg/dL</th> <th>Insulin Units</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		bG Range mg/dL	Insulin Units	0											
bG Range mg/dL	Insulin																																		
0																																			
bG Range mg/dL	Insulin Units																																		
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. (____)____-____		CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.																													
NYS License # (Required) _____		Medicaid# _____		NPI # _____																															