

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.	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.
---	---

CGM Monitoring: Test bG at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Use CGM readings but not for insulin dosing (see DMAF Addendum form) <input type="checkbox"/> Use FDA approved CGM readings for bG monitoring and insulin dosing. Test bG per CGM orders (see DMAF Addendum form)	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
---	---

Hypoglycemia: Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise prescribed. <input type="checkbox"/> For bG < ___mg/dl give ___ gm rapid carbs or ___ glucose tabs or ___ glucose gel or ___ oz. juice at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl. <input type="checkbox"/> For bG < ___mg/dl give ___ gm rapid carbs or ___ glucose tabs or ___ glucose gel or ___ oz. juice at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl. <input type="checkbox"/> For bG < ___mg/dl give ___ gm rapid carbs or ___ glucose tabs or ___ glucose gel or ___ oz. juice at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl. <input type="checkbox"/> For bG < ___mg/dl pre-gym, NO GYM <input type="checkbox"/> For bG < ___mg/dl <input type="checkbox"/> Pre-gym; <input type="checkbox"/> prn; treat hypoglycemia then give snack. <input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> breakfast <input type="checkbox"/> lunch <input type="checkbox"/> snack
--

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.
--	---

Insulin orders: Insulin is given before meals unless otherwise noted <input type="checkbox"/> No Insulin in School 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 Lunch: 1 unit per ___ gms carbs (time: ___ to ___) Snack: 1 unit per ___ gms carbs 1 unit decreases bG by ___ mg/dl: Breakfast: 1 unit per ___ gms carbs (time: ___ to ___)
--	--	---

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 1/2 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.
--	--	---

For Pumps - Basal Rate in school: ___ units/hr ___ AM/PM to ___ AM/PM Basal rate for Gym ___ units/hr ___ units/hr ___ AM/PM to ___ AM/PM ___ % for ___ hrs ___ 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.	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. <input type="checkbox"/> Breakfast bG Units Insulin <input type="checkbox"/> Lunch Zero - _____ <input type="checkbox"/> Snack - - - - - <input type="checkbox"/> Correction Dose - - - - - <input type="checkbox"/> Other bG Units Insulin <input type="checkbox"/> Time Zero - _____ <input type="checkbox"/> Breakfast - - - - - <input type="checkbox"/> Snack - - - - - <input type="checkbox"/> Correction 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:				
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.
---	--

ডায়াবেটিসের ঔষধ দেওয়া সংক্রান্ত ফরম

ঔষধ প্রদানকারীর অর্ডার ফরম | অফিস অব স্কুল হেলথ | 2018-2019 স্কুল বর্ষ

শেষ তারিখ: জুলাই 15. 15 জুলাইয়ের পর ফরম জমা দিলে তা নতুন স্কুল বর্ষের জন্য প্রক্রিয়াকরণে দেহি হতে পারে। অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন।

প্যারেন্ট/অভিভাবক নিচে পূরণ করুন

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলিতে সহমত পোষণ করছি:

- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে নার্স আমার সন্তানের নির্দেশিত ঔষধ দেবেন এবং আমার সন্তানের স্কুল আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনা মতে আমার সন্তানের রক্তে চিনির পরিমাণ পরীক্ষা করবে এবং আমার সন্তানের রক্তে চিনির পরিমাণ কম হলে চিকিৎসা করবে। স্কুল স্কুলের মাঠে বা স্কুল ট্রিপের সময় এই কার্যক্রম সম্পাদন করতে পারবে।
- এছাড়াও আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধের জন্য প্রয়োজনীয় যেকোনো সরঞ্জাম স্কুলে সংরক্ষণ ও ব্যবহার করা হবে।
- আমি বুঝেছি যে:
 - আমার অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ, হালকা নাস্তা ও সরঞ্জাম প্রদান করতে হবে। আমি আমার সন্তানের রক্তে চিনির মাত্রা পরীক্ষা করার জন্য এবং ইনসুলিন দেওয়ার জন্য সেফট ল্যানসেট ও অন্যান্য সেফট নিডল ডিভাইস ও সরঞ্জাম প্রদান করার চেষ্টা করব।
 - স্কুলকে আমার প্রদানকৃত নির্দেশনাপত্রের ও “নির্দেশনাপত্র বহির্ভূত” সকল ঔষধ অবশ্যই নতুন, না-খোলা এবং আসল বোতল বা বাস্কে হতে হবে। যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না বা স্কুলের আনন্দ ভ্রমণে থাকবে তখন আমি আমার সন্তানের জন্য আরেকটি ঔষধ নেব।**
 - নির্দেশনাপত্রের ওষধগুলির বাস্কে বা বোতলে অবশ্যই আসল ফার্মেসির লেবেল লাগানো থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নাম, 4) তারিখ, 5) পুনরায় ভরার সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) মাত্রা, 8) ঔষধ খাওয়ার সময়, 9) ঔষধটি কীভাবে খেতে হবে এবং 10) অন্যান্য নির্দেশনা।
 - আমাকে অবশ্যই আমার সন্তানের ঔষধ বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনায় আনীত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে **অনতিবিলম্বে** স্কুল নার্সকে বলতে হবে।
 - আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সম্পূর্ণ অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতার উপর নির্ভরশীল।
 - এই ঔষধ দেওয়া সংক্রান্ত ফরমটিতে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে পারবে। এই সেবাগুলির মধ্যে রয়েছে একজন OSH এর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক বা নার্সের কর্তৃক একটি চিকিৎসাগত মূল্যায়ন বা একটি শারীরিক পরীক্ষা।
 - এই MAF এর ঔষধের অর্ডারের মেয়াদ শেষ হবে আমার সন্তানের স্কুল বর্ষের শেষে, যেটিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে গ্রীষ্মকালীন সেশন অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন MAF দেব (যেটি আগে হয়)।
 - এই ঔষধের অর্ডারের মেয়াদ শেষ হলে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক একটি নতুন MAF না লিখলে, একজন OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক আমার সন্তানের জন্য একটি নতুন ডায়াবেটিসের MAF পূরণ করতে পারেন। **OSH এর ভবিষ্যতে ডায়াবেটিস সম্পর্কে MAF লেখার জন্য আমার স্বাস্থ্যের প্রয়োজন নেই।**
 - OSH এবং শিক্ষা বিভাগ (DOE) এটি নিশ্চিত করার জন্য দায়বদ্ধ যে আমার সন্তান মেডিকেল কক্ষে এবং স্কুলের যেকোনো স্থানে নিরাপদে তার রক্তের চিনি পরীক্ষা করতে পারে।
 - এই ফরমটি এই ফরমে বর্ণিত ডায়াবেটিস সংক্রান্ত পরিষেবার জন্য আমার সম্মতি ও অনুরোধ প্রদর্শন করে। অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদান করার জন্য এটি OSH এর কোনো চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবা প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, আমার সন্তানের একটি শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা পরিকল্পনার প্রয়োজন হতে পারে। এ পরিকল্পনা স্কুল পূরণ করবে।
 - OSH অন্য যেকোনো তথ্য পেতে পারে যা তারা মনে করে যে আমার সন্তানের চিকিৎসাগত অবস্থা, ঔষধ বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন। OSH যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক, নার্স বা ফার্মাসিস্টের কাছ থেকে এই তথ্য পেতে পারে যিনি আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা দিয়েছেন।
 - যদি স্কুল নার্স না থাকেন, আমার সন্তানের ঔষধ দেওয়ার জন্য আমাকে স্কুলে আসতে বলা হতে পারে।

নিজে নিজে ঔষধ নেওয়া:

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তানকে সম্পূর্ণভাবে প্রশিক্ষণ দেয়া হয়েছে এবং সে নিজে নিজে ঔষধ খেতে পারে। স্কুলে এই ফরমে নির্দেশিত ঔষধ আমার সন্তান নিজে নিজে বহন, সংরক্ষণ ও প্রদান করার ব্যাপারে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। উপরের বর্ণনা মতে বোতল বা বাস্কে করে আমার সন্তানকে এই ঔষধ দেওয়ার জন্য আমি দায়ী। এছাড়াও আমার সন্তানের ঔষধের ব্যবহার তদারক করার জন্য এবং স্কুলে আমার সন্তানের এই ঔষধ ব্যবহারে ফলে সৃষ্ট পরিণতির জন্য আমিই দায়ী। আমার সন্তান ঔষধ বহন এবং নিজে নিজে ঔষধ নিতে পারে কি না সে সম্পর্কে স্কুল নার্স আমাকে নিশ্চিত করবেন। এছাড়াও আমি স্কুলকে স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বাস্কে বা বোতলে “ব্যাক আপ” ঔষধ দিতে সম্মত হই।
- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে এবং নিজে নিজে খেতে অসমর্থ হয় তবে স্কুল নার্স বা প্রশিক্ষিত স্কুল স্টাফ আমার সন্তানকে ঔষধ খাওয়াবেন।

উল্লেখ্য: এটি পছন্দনীয় যে স্কুল ট্রিপের দিন এবং অফ-সাইট স্কুল কার্যক্রমে আপনি আপনার সন্তানের জন্য ঔষধ ও সরঞ্জাম পাঠাবেন।

ছাত্রের শেষ নাম	নামের প্রথম অংশ	MI	জন্মতারিখ	স্কুল
প্যারেন্ট/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন			এখানে স্বাক্ষর	
			প্যারেন্ট/অভিভাবকের স্বাক্ষর	
স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ		প্যারেন্ট/অভিভাবকের ইমেইল		প্যারেন্ট/অভিভাবকের ঠিকানা
টেলিফোন নম্বর: দিনের বেলা		বাড়ি		সেল ফোন
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম			যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

For Office of School Health (OSH) Use Only / শুধুমাত্র অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এর ব্যবহারের জন্য

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	
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			

*গোপনীয় তথ্য ইমেইলে পাঠানো উচিত নয়