

Attach student photo here

استمارة تقديم دواء السكري

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية - العام الدراسي 2020-2019

الموعد النهائي: 31 مايو / أيار. الاستمارات المقدمة بعد يوم 31 مايو / أيار قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد. نرجو إرسال جميع استمارات تقديم دواء مرض السكري (DMAF) بالفاكس على الرقم 347-396-8932، أو 347-396-8945.

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male	OSIS #
School (include ATSDBN/name, address and borough)			DOE District	<input type="checkbox"/> Female	Grade
					Class

يجب على ممارسي الرعاية الصحية إكمال الجزء أسفله

Type 1 Diabetes Type 2 Diabetes non-Type 1/Type 2 Diabetes Other Diagnosis: Recent A1C: Date / / Result . %

Orders written will be for Sept. '19 through Aug '20 school year unless checked here: Current School Year '18-'19

Emergency Orders 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. <i>For Independent or supervised student: a trained adult will carry glucagon on school trips.</i>		Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F OR <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl for the 2 nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F > If small or trace give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water: Call parent and Endocrinologist; <input type="checkbox"/> NO GYM If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or ___ 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.	
		Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervisor <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer (<i>Initial below</i>) NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.		<input type="checkbox"/> I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events PROVIDER INITIALS	

bG Monitoring: Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) Breakfast Lunch Snack Gym PRN

Use CGM readings (must complete DMAF Addendum form)

Hypoglycemia: Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.

For bG < ___mg/dl give ___gm rapid carbs at: Breakfast Lunch Snack Gym PRN
 Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl.
 For bG < ___mg/dl give ___gm rapid carbs at: Breakfast Lunch Snack Gym PRN
 Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl.
 For bG < ___mg/dl pre-gym, **no gym** For bG < ___mg/dl Pre-gym; PRN; treat hypoglycemia then give snack.
Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack

Mid-range Glycemia:
Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack Give snack before gym

Hyperglycemia:
Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack

No Gym For bG > ___mg/dl Pre-gym and/or PRN
 For bG > ___mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > ___ hrs. since last insulin
 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: Name of Insulin: _____ <input type="checkbox"/> No Insulin in School <input type="checkbox"/> No Insulin at Snack time Delivery Method: <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Pump (Brand): _____ <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Parent may have input into insulin dosing. See DMAF Addendum.	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 2 hrs or ___ hrs. since last insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF or <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders) <input type="checkbox"/> Sliding Scale (See Addendum) <input type="checkbox"/> If Gym/recess is immediately following lunch, subtract ___ gm carbs from lunch carb calculation. <i>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise ordered.</i>	Insulin Calculation Directions: (give number, not range) Target bG = ___ mg/dl Insulin Sensitivity Factor (ISF): _____ 1 unit decreases bG by ___ mg/dl (time: ___ to ___) 1 unit decreases bG by ___ mg/dl: (time: ___ to ___) <i>If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.</i>
--	--	---

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: ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr <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
--	---

Other Orders:	Home Medications (in case of emergency e.g. school lock down)				
	Medication	Dose	Frequency	Time	Route
	Insulin:				
	Other:				

Health Care Practitioner Name LAST FIRST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA) Address NYS License # (Required)	Signature Date Tel. (____) _____ - _____ Fax. (____) _____ - _____ NPI #	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.
---	--	---

T&I-29425 (Arabic)

الممارسين غير المكتملة ستؤدي إلى تأخير تنفيذ أوامر الدواء لا يسمح بإكمال الاستمارات من طرف مقيم راجعوا 19/3 يجب على الأباء توقيع الصفحة 2

استمارة تقديم دواء السكري

استمارة طلب الدواء من المزود - مكتب الصحة المدرسية - العام الدراسي 2020-2019

الموعد النهائي: 31 مايو/ أيار. الاستمارات المقدمة بعد يوم 31 مايو/ أيار قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد. نرجو إرسال جميع استمارات تقديم دواء مرض السكري (DMAF) بالفاكس على الرقم

347-396-8932، أو 347-396-8945

يقوم الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على التصريح لمرضة المدرسة بإعطاء الدواء الموصوف لطفلي، والسماح للمرض(ة) أو الموظف(ة) المدرب بفحص نسبة السكر في الدم لدى طفلي، وعلاج انخفاض سكر الدم لدى طفلي بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي وفي مستوى مهاراته. وقد يتم ذلك على أرض المدرسة أو خلال الرحلات المدرسية.
- أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب علي أن أقدم لمرض(ة) المدرسة الأدوية التي يستخدمها طفلي، ووجبات خفيفة، والمعدات، واللوازم، ويجب علي تغيير تلك الأدوية والوجبات الخفيفة والمعدات واللوازم عند الحاجة. يوصي مكتب الصحة المدرسية (OSH) باستخدام مستلزمات آمنة لقياس السكر في الدم وغيرها من الإبر والأجهزة الآمنة لفحص مستويات سكر الدم لدى طفلي وتقديم الإنسولين.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة للاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاء المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أرخص لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بداء السكري لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكيًا أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحمص الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
 - يتولى كل من مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) مسؤولية التأكد من قدرة طفلي على اختبار نسبة السكر في دمه بأمان في الغرفة الطبية وفي أي موقع مدرسي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات السكري المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

أخذ الدواء بشكل ذاتي

(التلاميذ البالغين 18 عاماً أو أكثر فقط):

- أقر/ أوكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملاحظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

الاسم الآخر للتلميذ(ة)		الاسم الأول		الاسم الأوسط		تاريخ الميلاد / ___ / ___	
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN)		الحي		المنطقة التعليمية			
اسم الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر بخط واضح		توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر		تاريخ التوقيع			
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) / ولي(ة) الأمر		عنوان منزل الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر					
رقم الهاتف: خلال النهار () - () - ()		المنزل () - () - ()		الهاتف المحمول () - () - ()			
اسم شخص يبدل للاتصال في حالات الطوارئ		العلاقة بالتلميذ(ة)		رقم الهاتف للاتصال () - () - ()			
اسم شخص يبدل للاتصال في حالات الطوارئ				رقم الهاتف للاتصال () - () - ()			

For Office of School Health (OSH) Use Only

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 (For supervised students only)	<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	<input type="checkbox"/> Modified	<input type="checkbox"/> Not Modified	