



ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম:

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডরের ফর্ম - অফিস অভ স্কুল হেলথ - 2019-2020 স্কুল বছর

জমাদানের তারিখ: 31 মে 31 মে তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেরি হতে পারে অনুগ্রহ করে DMAF-গুলো 347-396-8932/8945 নম্বরে ফোন করুন।

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

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী নিচের অংশটি পূরণ করবে)

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

<p>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: 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></p> <p>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 2nd 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.</p>	<p>Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level</p> <p><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.</p> <p>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 adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer (<i>Initial below</i>) NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</p> <p>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events</p> <p style="text-align: right;">PROVIDER INITIALS</p>
--	--

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 Give snack before gym

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.*

<p>Insulin orders: <u>Name of insulin:</u> _____ <input type="checkbox"/> No Insulin in School <input type="checkbox"/> No Insulin at Snack time</p> <p>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.</p>	<p>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></p>	<p>Insulin Calculation Directions: (give number, not range)</p> <p>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 ___)</p> <p><i>If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.</i></p> <p>Insulin to Carb Ratio (I:C): Lunch: 1 unit per ___ gms carbs OR time: ___ to ___ Snack: 1 unit per ___ gms carbs OR time: ___ to ___ Breakfast: 1 unit per ___ gms carbs OR time: ___ to ___</p>
--	--	--

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.
--	--	---

<p>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</p> <p><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.</p>	<p>Additional Pump Instructions:</p> <p><input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (<i>if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit</i>) <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</p>
--	--

<p>Other Orders:</p>	<p>Home Medications (in case of emergency e.g. school lock down)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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	Signature	Date
(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)		
Address	Tel. (____) _____ - _____	Fax. (____) _____ - _____
NYS License # (Required)	NPI #	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম:

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডরের ফর্ম - অফিস অভ স্কুল হেলথ - 2019-2020 স্কুল বছর

জমাদানের তারিখ: 31 মে 31 মে তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেরি হতে পারে অনুগ্রহ করে DMAF-গুলো 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন।

PARENTS/GUARDIANS FILL BELOW (পিতামাতা/অভিভাবক নিচের অংশটি পূরণ করবে)

এটা স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে নার্স আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবে, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবে, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্লাড সুগারের পরিচর্যা করতে নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী। চিকিৎসা প্রদান করা হতে পারে স্কুল থাউন্ডে অথবা স্কুল ট্রিপের সময়।
- আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোন যন্ত্রপাতি প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ, স্ন্যাকস, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সাপ্লাই প্রদান করবে এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে ওগুলো যেমন ঔষধ, স্ন্যাকস, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সাপ্লাই পুরো করে দিতে হবে। OSH নিরাপদ ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল ডিভাইস ও সাপ্লাই আছে ওগুলো আমার সন্তানের ব্লাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনসুলিন দিতে পরামর্শ দেয়।
 - আমি সকল প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার (কাউন্টার থেকে কেন)” ঔষধ যেগুলো স্কুলে দিব সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাস্কে ভরা থাকবে। স্কুলে দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাস্কের উপর অবশ্যই আসল ফার্মাসির লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত হতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই অতিসত্বর জানাবো।
 - OSH এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্মের সঠিক তথ্যের উপর নির্ভর করে।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - এই MAF-টিতে যে মেডিকেশন অর্ডার দেয়া আছে তা আমার সন্তানের স্কুল বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, যার মধ্যে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন একটি MAF দিব (যেটা আগে হবে)।
 - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করার জন্য দায়বদ্ধ।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোন চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের মেডিক্যাল কন্ডিশন, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। OSH এই তথ্য আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে।

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। আমার সন্তানকে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার অনুমতি এই ফর্মের মাধ্যমে দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাস্ক প্রদানে দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবে। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাস্ক অথবা বোতলে “বাড়তি (ব্যাক আপ)” ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

দ্রষ্টব্য: ভাল হয় যদি আপনি আপনার সন্তানের মেডিকেশন এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে ঐ দিন পাঠিয়ে দেন।

শিক্ষার্থী শেষ নাম	প্রথম নাম	মধ্যনামের অদ্যাক্ষর	জন্মতারিখ
			___ / ___ / _____
স্কুলের ATSDBN/নাম	বয়ো		ডিস্ট্রিক্ট
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ইংরেজি বড় অক্ষরে লিখুন	পিতামাতা/অভিভাবকের সই		সই দেওয়ার তারিখ
			___ / ___ / _____
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল	এখানে সই করুন: পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা		
ফোন নম্বর: দিনের (_____) _____ বাড়ির (_____) _____ সেল ফোন (_____) _____			
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	যোগাযোগের ফোন নম্বর (_____) _____	