

Photo de l'élève à joindre ici

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT CONTRE LE DIABÈTE (DMAF)

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire – Bureau de la santé scolaire – Année scolaire 2019-2020
DATE LIMITE : 31 MAI. Les formulaires présentés après le 31 mai pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Veuillez faxer tous les DMAF au 347-396-8932/8945.

Student Last Name, First Name, MI, Date of birth, OSIS #, School, DOE District, Grade, Class

PARTIE A COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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
1 mg SC/IM, mg SC/IM

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration. For Independent or supervised student: a trained adult will carry glucagon on school trips.

Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)

Test ketones if bG > mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F OR
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; NO GYM
If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911
Give insulin correction dose if > 2 hrs or _ hours since last insulin.

Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level

Nurse / adult must check bG.
Student to check bG with adult supervision.
Student may check bG without supervision.

Insulin Administration Skill Level

Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
Supervised student: student self-administers, under adult supervision
Independent Student: Self-carry / Self-administer (Initial below)
NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.

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:
No Insulin in School
No Insulin at Snack time
Delivery Method:
Syringe/Pen
Pump (Brand):
Smart Pen - use pen suggestions
Parent may have input into insulin dosing. See DMAF Addendum.

Insulin Calculation Method:

Carb coverage ONLY at: Breakfast Lunch Snack
Correction dose ONLY at: Breakfast Lunch Snack
Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least 2 hrs or hrs. since last insulin at
Correction dose calculated using: ISF or Sliding Scale
Fixed Dose (see Other Orders)
Sliding Scale (See Addendum)
If Gym/recess is immediately following lunch, subtract gm carbs from lunch carb calculation.
Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise ordered.

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)
If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.
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

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
Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump.
Suspend/disconnect pump for gym
Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for min.

Additional Pump Instructions:

Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)
For bG > mg/dl that has not decreased in hours after correction, consider pump failure and notify parents.
For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents.
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)

Table with 5 columns: Medication, Dose, Frequency, Time, Route. Rows for Insulin and Other.

Health Care Practitioner Name LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)

FIRST

Signature

Date

Address

Tel. () - - - - -

Fax. () - - - - -

NYS License # (Required)

NPI #

CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT CONTRE LE DIABÈTE (DMAF)

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire – Bureau de la santé scolaire – Année scolaire 2019-2020

DATE LIMITE : 31 MAI. Les formulaires présentés après le 31 mai pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Veuillez faxer tous les DMAF au 347-396-8932/8945.

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE SUIS D'ACCORD AVEC CE QUI SUIT :

1. J'autorise l'infirmier(ère) à administrer à mon enfant les médicaments prescrits, l'infirmier(ère) et le personnel formé à vérifier la glycémie de mon enfant, et à traiter son hypoglycémie, selon les instructions et le niveau de compétences déterminés par son médecin. Ces mesures peuvent avoir lieu à l'école ou lors de sorties scolaires.
2. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire à l'administration de ses médicaments soit conservé et utilisé à l'école.
3. Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmier(ère) scolaire les médicaments, les encas, les équipements et le matériel de mon enfant et je dois les remplacer si nécessaire. Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OHS) recommande l'utilisation de lancettes de sécurité ainsi que d'autres matériels et dispositifs d'aiguille de sécurité pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline.
 - **Tous les médicaments prescrits et en vente libre que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmier(ère) de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre, entre autres, une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un(e) infirmier(ère) de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmier(ère) de l'école (selon l'évènement survenant en premier).
 - L'OSH et le Département de l'Éducation (DOE) doivent veiller à ce que mon enfant puisse contrôler sa glycémie en toute sécurité.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services liés au diabète et indiqués dans ce dernier soient dispensés. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations de tout professionnel de santé, infirmier(ère), ou pharmacien ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

AUTO-ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il/elle peut prendre son médicament lui-même/elle-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même/elle-même à l'école le médicament prescrit dans ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également surveiller la prise de médicaments par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmier(ère) scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à conserver le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon clairement étiquetés.
- J'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel formé administre le médicament à mon enfant s'il/si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même/elle-même.

REMARQUE : Il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Nom de famille de l'élève	Prénom	Initiale 2d prénom	Date de naissance ___/___/___
---------------------------	--------	--------------------	-------------------------------

ATSDBN/nom de l'école	Borough	District
-----------------------	---------	----------

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (Majuscules)	SIGNEZ ICI →	Signature du parent/tuteur/de la tutrice	Signé le
---	---------------------	--	----------

E-mail du parent/tuteur/de la tutrice	Adresse du parent/tuteur/de la tutrice
---------------------------------------	--

Numéros de téléphone : Journée (___) ___ - ___ - ___ Domicile (___) ___ - ___ - ___ Portable (___) ___ - ___ - ___

Autre personne à contacter en cas d'urgence	Lien avec l'élève	N° de téléphone (___) ___ - ___ - ___
---	-------------------	---

Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH)

OSIS Number: 504 IEP Other

Received by: Name	Date ___/___/___	Reviewed by: Name	Date ___/___/___
-------------------	------------------	-------------------	------------------

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (*For supervised students only*) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):

Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner Modified Not Modified