

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

<p>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____mg SC/IM</p> <p>Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p>	<p>Emergency orders</p> <p>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)</p> <p><input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F</p> <p><input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi"</p> <p>> If small or trace give water; re-test ketones & bG in ____ hrs</p> <p>> If initial or retest ketones are moderate or large, give water</p> <p><input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM</p> <p>If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ____ 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:*</p> <p>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</p>	
<p>PROVIDER INITIALS</p>	<p>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events</p>

<p>bg Monitoring: Test bG at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN</p> <p><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)</p>	<p>Breakfast Orders: Complete DMAF Addendum for breakfast orders</p> <p>Snack: Student may carry and self-administer snack <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Time of day: ____ AM ____ PM</p> <p>Type, amount: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME</p>
<p>Hypoglycemia: <i>Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise prescribed.</i></p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < ____mg/dl pre-gym, NO GYM</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < ____mg/dl <input type="checkbox"/> Pre-gym; <input type="checkbox"/> prn; treat hypoglycemia then give snack.</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> breakfast <input type="checkbox"/> lunch <input type="checkbox"/> snack</p>	

<p>Mid-range Glycemia:</p> <p><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</p>	<p>Hyperglycemia:</p> <p><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</p> <p><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.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Insulin orders: <i>Insulin is given before meals unless otherwise noted</i></p> <p><input type="checkbox"/> No Insulin in School <input type="checkbox"/> Insulin Name: _____</p> <p>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.</p>	<p>Insulin Calculation Method:</p> <p><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</p> <p>Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders)</p>	<p>Insulin Calculation Directions: (give number, not range)</p> <p>Target bG = ____ mg/dl</p> <p>Insulin Sensitivity Factor (ISF): _____ Insulin to Carb Ratio (I:C): _____</p> <p>1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____) 1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____)</p> <p>Lunch: 1 unit per ____ gms carbs Snack: 1 unit per ____ gms carbs Breakfast: 1 unit per ____ gms carbs</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Carb Coverage: # gm carb in meal = X units insulin # gm carb in I:C</p>	<p>Correction Dose using ISF: bG – Target bG = X units insulin ISF</p>	<p>Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ 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>
-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>For Pumps - Basal Rate in school:</p> <p>____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM Basal rate for Gym ____ units/hr</p> <p>____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM ____ % for ____ hrs</p> <p>____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM</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 (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)</p> <p><input type="checkbox"/> For bG > ____ mg/dl that has not decreased in ____ hours after correction, consider pump failure and notify parents.</p> <p><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>Sliding Scale: Do NOT overlap ranges (e.g. enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given.</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Breakfast</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Lunch</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Time</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Snack</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> bG</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Correction Dose</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Zero</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Units</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Insulin</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Dose</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Breakfast</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Snack</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Correction</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Dose</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Breakfast	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Lunch	<input type="checkbox"/> Time	<input type="checkbox"/> Snack	<input type="checkbox"/> bG	<input type="checkbox"/> Correction Dose	<input type="checkbox"/> Zero		<input type="checkbox"/> Units		<input type="checkbox"/> Insulin		<input type="checkbox"/> Dose		<input type="checkbox"/> Breakfast		<input type="checkbox"/> Snack		<input type="checkbox"/> Correction		<input type="checkbox"/> Dose
<input type="checkbox"/> Breakfast	<input type="checkbox"/> Other																						
<input type="checkbox"/> Lunch	<input type="checkbox"/> Time																						
<input type="checkbox"/> Snack	<input type="checkbox"/> bG																						
<input type="checkbox"/> Correction Dose	<input type="checkbox"/> Zero																						
	<input type="checkbox"/> Units																						
	<input type="checkbox"/> Insulin																						
	<input type="checkbox"/> Dose																						
	<input type="checkbox"/> Breakfast																						
	<input type="checkbox"/> Snack																						
	<input type="checkbox"/> Correction																						
	<input type="checkbox"/> Dose																						
<p>Home Medication</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> <p>Other Orders: (attach additional page, signed and dated, if needed)</p>		Medication	Dose	Frequency	Time	Route	Insulin:					Other:											
Medication	Dose	Frequency	Time	Route																			
Insulin:																							
Other:																							

Health Care Practitioner Name LAST	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

Formulaire de prescription médicale du prestataire | Bureau de la Santé Scolaire | Année scolaire 2018-2019

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 15 JUILLET. Les formulaires présentés après le 15 juillet pourraient causer du retard dans le traitement des formulaires pour la nouvelle année scolaire. Veuillez télécopier tous les DMAF au 347-396-8932/8945.

PARENTS/TUTEURS RENSEIGNEZ LES RUBRIQUES CI-APRÈS

En apposant ma signature ci-après, je conviens de ce qui suit :

1. Je consens à ce que l'infirmier(ère) administre à mon enfant les médicaments qui lui ont été prescrits, et à ce que le personnel de l'établissement scolaire examine la glycémie de mon enfant, et qu'il la soigne si le taux s'avère trop bas selon les instructions du médecin de ce dernier. L'école peut prendre l'initiative de ces mesures en milieu scolaire ou pendant les sorties scolaires.
2. Je consens également à ce que tout équipement qui serait nécessaire à l'administration des médicaments de mon enfant soit gardé et utilisé dans l'établissement.
3. Je sais que :
 - Je dois donner à l'infirmier(ère) de l'école les médicaments de mon enfant, l'appareil pour leur administration ainsi que des encas. Je m'appliquerai à donner à l'école des lancettes de sécurité et d'autres dispositifs d'aiguille de sécurité ainsi que d'autres gadgets pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline en cas d'hypoglycémie.
 - **Tous les médicaments prescrits ou en vente libre que je remets à l'école doivent être nouvellement achetés et non-entamés dans l'emballage que je les ai achetés.** J'achèterai un autre médicament pour que mon enfant puisse prendre lorsqu'il n'est pas en classe ou lorsqu'il va en sortie scolaire.
 - Il faut qu'il y ait sur la boîte ou le flacon des médicaments prescrits l'étiquette de la pharmacie où je les ai achetés. Il sera inscrit sur l'étiquette : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom de la pharmacie et son numéro de téléphone, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date 5) le nombre de renouvellement de l'ordonnance, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toutes autres instructions.
 - Je dois tout de suite dire à l'infirmier(ère) de l'école tout changement ayant trait au médicament de mon enfant ou aux instructions de son médecin.
 - Le Bureau de la santé scolaire (OSH) et le personnel de ce bureau offrant les encadrements ci-dessus mentionnés à mon enfant s'en tiennent à l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.
 - En signant ce formulaire pour l'administration de médicament (MAF), l'OSH peut fournir des soins médicaux à mon enfant. Au nombre de ces services on peut inclure une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un infirmier de l'OSH.
 - L'ordonnance sur ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, période où l'on peut inclure la session d'été, ou la date sur le nouveau MAF remis à l'infirmier de l'école quand je lui en donne un (selon l'événement survenant le premier).
 - Si la date de cette ordonnance arrive à expiration, et que le professionnel de santé de mon enfant ne remplit pas un nouveau MAF, un professionnel de la santé d'OSH peut remplir un nouveau MAF pour l'administration de médicament à mon enfant en cas de crise diabétique. **Je n'aurai pas à apposer ma signature sur des formulaires lorsque l'OSH remplit des MAF pour le traitement contre le diabète.**
 - L'OSH et le Département de l'Éducation (DOE) doivent s'assurer que mon enfant peut contrôler sans danger sa glycémie à l'infirmerie de l'école ou à tout autre endroit au sein de l'établissement.
 - Ce formulaire fait état de mon consentement et ma requête pour que les services inscrits sur le dit formulaire soient offerts pour contrôler le diabète. Il ne s'agit pas de l'acquiescement de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH se décide à les administrer, il se peut qu'il faut également à mon enfant un Plan scolaire d'aménagements. L'établissement scolaire mettra au point ce plan.
 - L'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire relative aux problèmes de santé, médicaments ou au traitement de mon enfant. Il peut recueillir ces informations de tout professionnel de la santé, d'infirmier, ou de pharmacien ayant offert des services à mon enfant.
 - Si l'infirmier(ère) de l'école n'est pas disponible, il se peut que l'école me contacte pour me demander de m'y rendre pour donner les médicaments à mon enfant.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

- Je déclare/j'atteste que j'ai dûment appris à mon enfant comment prendre son médicament. Je consens à ce que mon enfant porte dans son cartable à l'école le médicament qui lui a été prescrit sur ce formulaire, qu'il le conserve et se l'administre. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également faire un suivi de l'utilisation du médicament, et de toutes les réactions qui surviennent après que mon enfant ait utilisé ce médicament à l'école. L'infirmier(ère) attestera de l'aptitude de mon enfant à conserver son médicament et se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un autre flacon ou autre boîte muni(e) d'une étiquette bien lisible du médicament au cas où l'autre donné(e) préalablement ferait défaut.
- Je suis d'avis à ce que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel ayant eu la formation requise administre le médicament à mon enfant s'il ne peut pas à ce moment-là le faire lui-même.

NOTE : Il vaut mieux que vous donniez à votre enfant les médicaments et l'appareil pour se les administrer lors des sorties scolaires et des activités après les heures normales de cours.

Nom de l'élève	Prénom	1 ^{er} Prén.	Date de naissance	École
Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> SIGNEZ ICI </div> Signature du parent/tuteur	
Signé le		Adresse email du parent/tuteur		Adresse du parent/tuteur de l'élève
Numéros de téléphone : En journée		Domicile		Tél. portable
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence			Numéro de téléphone de cette autre personne	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Réserve à l'usage du personnel d'OSH

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 (For supervised students only)		
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				

*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par courrier électronique