

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 (time: ____ to ____) 1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____) Lunch: 1 unit per ____ gms carbs Snack: 1 unit per ____ gms carbs Breakfast: 1 unit per ____ gms carbs
--	---	--

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 ____ units/hr ____ AM/PM to ____ AM/PM ____ 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.	Basal rate for Gym ____ units/hr ____ % for ____ hrs	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:					Other Orders: (attach additional page, signed and dated, if needed)
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.
---	--

당뇨 약물 투여 양식

주치의 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2018-2019 학년도

제출 마감일: 7월 15일. 7월 15일 이후 양식을 제출할 경우 신 학년도 서비스 제공이 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF 서류는 팩스 347-396-8932/8945 번으로 전송해 주십시오.

학부모/보호자께서는 아래 서명해 주십시오

저는 이에 서명함으로써 다음 내용에 동의합니다:

1. 저는 간호사가 제 자녀에게 처방된 약물을 투약하고, 학교에서 제 자녀의 혈당을 체크하고 저혈당일 경우, 제 자녀의 주치의 지시에 따라 처치하는 것에 동의합니다. 학교에서는 교내 또는 학교 견학 시 이러한 조치를 취할 수 있습니다.
2. 또한 저는 제 자녀의 의료에 필요한 일체의 장비를 학교에 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
3. 저는 다음을 이해합니다:
 - 제 자녀의 약물, 관련 장비 및 스낵은 반드시 제가 학교 간호사에게 제공해야 합니다. 저는 학교에서 제 자녀의 혈당 수치를 체크하고 인슐린을 공급하는데 필요한 안전 란셋과 기타 안전 주사기 및 기타 장비를 학교에 제공하겠습니다.
 - 제가 학교에 제공하는 모든 처방된 또는 약국에서 구입한(“over-the-counter”) 약품은 개봉되지 않은 새 제품으로 제품 본래의 병이나 박스에 담긴 것이어야 합니다. 제 자녀가 학교 외의 장소나 견학 등에서 사용할 수 있도록 별도의 약물을 준비하겠습니다.
 - 처방 약물은 반드시 박스나 병에 고유의 약국 라벨이 붙어 있어야 합니다. 라벨에는 반드시 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 제 자녀의 성명, 2) 약국명 및 전화번호, 3) 제 자녀의 주치의 성명, 4) 날짜, 5) 리필 횟수, 6) 약물 이름, 7) 투약 용량, 8) 약물 투약 시기, 9) 투약 방법 및 10) 기타 지시 사항.
 - 제 자녀의 약물이나 주치의의 지시 내용에 변동이 있을 경우 저는 즉시 학교 간호사에게 이 사실을 알려야 합니다.
 - 학교 보건 담당실(OSH) 및 제 자녀에게 보건 서비스(들)를 제공하는 그 대행기관들은 본 양식의 정확성에 의존하고 있습니다.
 - 본 투약 허가 양식(MAF)에 서명함으로써, OSH는 제 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 OSH 의사 또는 간호사가 실시하는 임상 평가나 신체 검사 등이 포함될 수 있습니다.
 - 본 MAF 에 명시된 투약 지시의 시효는 제 자녀의 학년도(써머 세션 포함 가능)말, 또는 제가 학교 간호사에게 신규 MAF 를 제공하는 시점(둘 중에 더 빠른 시점)을 기준으로 종료됩니다.
 - 본 투약 지시 효력이 말소되었는데도 제 자녀의 주치의가 신규 MAF 를 작성하여 제출하지 않을 경우, OSH 의사가 제 자녀를 위한 신규 당뇨 MAF 를 작성하게 될 것입니다. OSH 가 이러한 신규 당뇨 MAF 를 작성함에 있어 저희 서명을 필요하지 않습니다.
 - OSH 와 교육청(DOE)은 제 자녀가 학교 의료실 또는 기타 교내 장소에서 안전하게 혈당 검사를 받게 할 책임이 있습니다.
 - 본 양식은 저의 동의 및 본 양식에 명시된 당뇨 대처 서비스 요청을 대변합니다. 그러나 이것은 OSH 에서 요청된 서비스를 제공하는 것에 동의함을 뜻하지는 않습니다. 만약 OSH 에서 이러한 서비스를 제공하기로 결정한 경우, 제 자녀는 학생 조정 계획도 필요하게 될 것입니다. 이 계획은 학교에서 작성합니다.
 - OSH 는 제 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH 는 이러한 정보를 제 자녀에게 보건 서비스를 제공한 적이 있는 그 어떤 의사, 간호사, 약사로부터도 입수할 수 있습니다.
 - 학교 간호사가 없을 경우, 학교에서는 제가 학교에 직접 가서 제 자녀에게 투약하도록 연락할 수 있습니다.

약물 자가 투여:

- 저는 제 자녀가 혼자서 투약할 수 있도록 완전하게 훈련 받았음을 인증/확인합니다. 저는 제 자녀가 본 양식에 명시된 약물을 혼자서 학교에 가져가고, 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 저는 상기 명시된 약물을 병이나 상자에 담아 제 자녀에게 주는 것에 관한 온전한 책임을 지고 있습니다. 또한 저는 제 자녀의 약물 사용 모니터 및 자녀가 학교에서 본 약물을 사용함으로써 야기되는 모든 결과에 대한 책임을 지겠습니다. 학교 간호사는 제 자녀가 스스로 이 약물을 소지하고 투약할 수 있는 능력에 관해 확인해 줄 것입니다. 또한 저는 학교에 “비상” 약품을 명확히 라벨이 부착된 병이나 상자에 담아 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사나 훈련된 학교 직원이 투약하는 것에 동의합니다.

주의: 학교에서 걷기는 날이나 학교 외의 장소에서 실시되는 활동에는 자녀의 약품과 장비를 챙겨 보내시는 것을 권장합니다.

학생 성	이름	미들네임	생년월일	학교
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입	여기에 서명 →			학부모/보호자의 서명
서명일	학부모/보호자 이메일		학부모/보호자의 주소	
전화번호: 주중	자택		휴대전화 번호	
기타 비상 연락 정보			연락처 전화번호	

For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 작성란

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			

*기밀 정보는 이메일로 보내지 마십시오