

Photo de l'élève à joindre ici

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX CONTRE LE DIABÈTE [PARTIE A]
Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire – Bureau de la santé scolaire – Année scolaire 2020-2021

DATE LIMITE : 1er juin. Les formulaires présentés après le 1er juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Veuillez faxer tous les DMAF au 347-396-8932/8945.

Form fields for student information: Élève Nom de famille, Prénom, Initiale 2e prénom, Date de naissance, Sexe (Masculin/Féminin), N° OSIS, École, District du DOE, Grade, Classe.

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Diagnosis and A1C fields: Type 1 Diabetes, Type 2 Diabetes, Non-Type 1/Type 2 Diabetes, Other Diagnosis, Recent A1C: Date, Result.

Orders written will be for Sept. '20 through Aug '21 school year unless checked here: Current School Year '19-'20 and '20-'21

EMERGENCY ORDERS

Emergency protocols for Severe Hypoglycemia and Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA), including medication instructions and testing procedures.

SKILL LEVEL

Skill level assessment for Blood Glucose (bG) Monitoring and Insulin Administration, with checkboxes for supervision requirements.

BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]

Detailed monitoring instructions for hypoglycemia, mid-range glycemia, and hyperglycemia, including testing times and treatment protocols.

INSULIN ORDERS

Insulin order details: Name of Insulin, Calculation Method, Calculation Directions, and Delivery Method.

Correction Dose using ISF and Carb Coverage instructions, including formulas for insulin dosing.

Pump instructions: For Pumps (Basal Rate and Additional Pump Instructions) and general notes on insulin use.

**DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM [PART B]
 Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021**

DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING (CGM) ORDERS [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Use CGM readings - For CGM's used to replace finger stick bG readings, only devices FDA approved for use and age may be used within the limits of the manufacturer's protocol. (sG = sensor glucose).

Name and Model of CGM: _____

For CGM used for insulin dosing: finger stick bG will be done when: the symptoms don't match the CGM readings; if there is some reason to doubt the sensor (i.e. for readings <70 mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers)

CGM to be used for insulin dosing and monitoring - **must be FDA approved for use and age**

sG Monitoring Specify times to check sensor reading Breakfast Lunch Snack Gym PRN [if none checked, will use bG monitoring times]

For sG <70mg/dl check bG and follow orders on DMAF, unless otherwise ordered below.

Use CGM grid below OR See attached CGM instruction

CGM reading	Arrows	Action	<input type="checkbox"/> use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan
sG < 60 mg/dl	Any arrows	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.	
sG 60-70 mg/dl	and ↓, ↓↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.	
sG 60-70 mg/dl	and ↑, ↑↑, or ↗	If symptomatic, treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; if not symptomatic, recheck in 15-20 minutes. If still <70 mg/dl check bG.	
sG >70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing	
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	and ↓, ↓↓	Give 15 gms uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 gms of carbs from lunch carb calculation.	
sG ≥ 250	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing	

For student using CGM, wait 2 hours after meal before testing ketones with hyperglycemia.

PARENTAL INPUT INTO INSULIN DOSING

Parent(s)/Guardian(s) (give name), _____, may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations. Taking the parent's input into account, the nurse will determine the insulin dose within the range ordered by the health care practitioner and in keeping with nursing judgment.

Please select **one** option below:

1. Nurse may adjust calculated dose up or down up to ___ units based on parental input and nursing judgment.

2. Nurse may adjust calculated dose up by ___% or down by ___% of the prescribed dose based on parental input and nursing judgment

MUST COMPLETE: Health care practitioner can be reached for urgent dosing orders at: (____) _____ - _____

If the parent requests a similar adjustment for > 2 days in a row, the nurse will contact the health care practitioner to see if the school orders need to be revised.

SLIDING SCALE

Do NOT overlap ranges (e.g. enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless other orders.

<input type="checkbox"/> Lunch	bG	Units Insulin	<input type="checkbox"/> Other	bG	Units Insulin
<input type="checkbox"/> Snack	Zero -	_____	Time	Zero -	_____
<input type="checkbox"/> Breakfast	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Correction	_____	_____	<input type="checkbox"/> Snack	_____	_____
Dose	_____	_____	<input type="checkbox"/> Breakfast	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Correction	_____	_____
_____	_____	_____	Dose	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

OPTIONAL ORDERS

Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.51-1.50u rounds to 1.00u
 Round insulin dosing to nearest half unit: 0.26-0.75u rounds to 0.50 u (must have half unit syringe/pen).

Use sliding scale for correction **AND** at meals ADD: ___ units for lunch; ___ units for snack; ___ units for breakfast (sliding scale must be marked as correction dose only).

Long acting insulin given in school – Insulin Name: _____
 Dose: ___ units Time _____ or Lunch

SNACK ORDERS

Student may carry and self-administer snack
 Snack time of day: ___ AM / PM Pre-gym Snack
 Type & amount of snack: _____

OTHER ORDERS:

HOME MEDICATIONS

Medication:	Dose	Frequency	Time	Route
Insulin:				
Other:				

ADDITIONAL INFORMATION

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? Yes or No [Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA devices. Please provide pump-failure and/or back up orders on DMAF Part A Form.]

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Practitioner Name LAST _____ FIRST _____	Signature _____	Date ____ / ____ / ____
(Please print and check one: <input type="checkbox"/> MD, <input type="checkbox"/> DO, <input type="checkbox"/> NP, <input type="checkbox"/> PA) Address _____	Tel. (____) _____ - _____	Fax (____) _____ - _____
NYS License # (Required) _____	E-mail _____	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX PRESCRITS (NON MÉDICAMENTEUX)

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2020-2021

Veillez le retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires présentés après le 1^{er} juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

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

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire les médicaments de mon enfant ainsi que l'équipement nécessaire. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
 - 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 déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière 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 prodiguer 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 une infirmière 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'infirmière de l'école (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services indiqués dans ce dernier soient prodigués en cas de réaction allergique. 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, infirmière, ou pharmacien ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé et qu'il peut prendre son médicament lui-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons comme décrits plus haut. Je dois également surveiller la prise de médicament par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter 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'infirmière de l'école ou tout membre du personnel formé administre de l'adrénaline à mon enfant s'il est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même.

REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments conservés en réserve, vous devez fournir à votre enfant son stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et tout autre médicament approuvé que l'enfant peut prendre seul lors des sorties scolaires et/ou programmes proposés après l'école pour les avoir à portée de main. Seul le personnel de l'OSH peut utiliser les médicaments en réserve et uniquement à l'école.

Élève Nom de famille	Prénom	Initiale 2 ^e prénom	Date de naissance ___/___/_____	École
DBN/nom de l'école d'après le système ATS			Borough	District
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules)			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 : En journée (____) _____ - _____		Domicile (____) _____ - _____	Portable (____) _____ - _____	
Autre personne à contacter en cas d'urgence	Lien avec l'élève	N° de téléphone (____) _____ - _____		

For Office of School Health (OSH) Use Only (Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH))

OSIS Number:

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

504 IEP Other

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

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

Signature and Title (RN OR SMD): _____

Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ___/___/_____

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021

DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

For Office of School Health (OSH) Use Only *(Para uso exclusivo de la OSH)*

OSIS Number: _____

Received by: Name _____

Date ___/___/_____

Reviewed by: Name: _____

Date ___/___/_____

504 IEP Other

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP

OSH Public Health Advisor (for supervised students only)

School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____

Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ___ / ___ / _____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner Modified

Not Modified

Notes: