

| | |
|---|---|
| X | X |
| X | X |

당뇨약 투약 양식 [파트 A]

의료제공자 투약 지시 양식 - 학교 보건 담당실 - 2020-2021학년도

마감일: 6월 1일 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다. 모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945로 보내십시오.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--------|--|--------|--|------|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| XX | | | | | | XX X X | | 미들 이니셜 | | 생년월일 | | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | | OSIS # _ _ _ _ _ | | | | | | | |
| Xy'' z`g | | | | | | α | | X X X | | a | | | | X | | | | | | | |

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

[illegible]

Orders written will be for Sept. '20 through Aug '21 school year unless checked here:

EMERGENCY ORDERS

[illegible]

SKILL LEVEL

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level <input type="checkbox"/> ၁။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၂။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၃။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၄။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း | Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> ၁။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၂။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၃။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၄။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း | <input type="checkbox"/> ၁။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၂။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၃။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း <input type="checkbox"/> ၄။ ၁၀၀-၁၂၀ mg/dL အတွင်း ရှိနေခြင်း | ဖုန်းနံပါတ် ၀၀၀-၀၀၀-၀၀၀၀ |
|--|---|--|-----------------------------|

BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]

[illegible]

INSULIN ORDERS

[illegible][illegible]

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.

| | bG | Units Insulin | Other | bG | Units Insulin |
|-------------------------------------|-------------|---------------|-------------------------------------|-------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Lunch | Zero - ____ | ____ | Time | Zero - ____ | ____ |
| <input type="checkbox"/> Snack | ____ | ____ | | ____ | ____ |
| <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) | | Tel. (____) ____ - ____ | Fax. (____) ____ - ____ |
| Address | | CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes. | |
| NYS License # (Required) | E-mail | | |

당뇨약 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2020-2021 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자 작성

아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 학교에 자녀의 약 보관 및 투여에 필요한 장비의 사용에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 약과 기구를 제공해야 합니다. 저는 안전 주사침(retractable needle)이 있는 에피네프린 펜을 학교에 제공하도록 할 것입니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 일반의약품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공할 것입니다.
 - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
 - 저는 자녀의 의료 보건 담당자와 의논하였으며 OSH가 자녀의 천식 또는 에피네프린 약이 없을 때는 비축 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 증명/확인합니다.
 - 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
 - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
 - 저는 본 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 학교보건담당실(OSH)이 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
 - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. OSH는 향후 MAF 작성에 제 서명을 필요로 하지 않습니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 알레르기 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH가 요청한 서비스를 제공할 것이라는 동의서가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공할 것이라고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 구할 수 있습니다.

자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하며 학교에서 해당 약품 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 “여분”의 약품을 제공할 것입니다.
- 저는 자녀가 일시적으로 에피네프린을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

주의: 비축 약품을 사용하기로 결정하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에서 자녀분이 사용할 수 있도록 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 직원에 의해 학교 안에서만 사용할 수 있습니다.

| | | | | |
|-----------------|-------------|--------|-------------------------|------------------------|
| 학생 성 | 이름 | 중간 이니셜 | 생년월일 ____ / ____ / ____ | 학교 |
| 학교 ATSDN/이름 | | | 보로 | 학군 |
| 학부모/보호자 성명(인쇄체) | 여기에 서명 | | 학부모/보호자의 서명 | 서명일 ____ / ____ / ____ |
| 학부모/보호자 이메일 | 학부모/보호자의 주소 | | | |

| | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| 전화번호: 주간(____) ____ - ____ | 자택(____) ____ - ____ | 전화번호(____) ____ - ____ |
| 기타 비상 연락 정보 | 학생과의 관계 | 연락 전화번호(____) ____ - ____ |

학교 보건 담당실(OSH)에서만 사용

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

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: