



# ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание — Отдел школьного здравоохранения – 2019-2020 уч.г.

**Крайний срок подачи: 31 мая. Обработка форм, отправленных после 31 мая, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года. Все запросы отправлять факсом на номер 347-396-8932/8945.**

|  |                   |           |                      |  |               |
|--|-------------------|-----------|----------------------|--|---------------|
| <b>Student Last Name</b>                                 | <b>First Name</b> | <b>MI</b> | <b>Date of birth</b> | <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female | <b>OSIS #</b> |
| <b>School</b> (include ATSDBN/name, address and borough) |                   |           | <b>DOE District</b>  | <b>Grade</b>   | <b>Class</b>  |

## ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ РЕБЕНКА ЗАПОЛНЯЕТ НИЖЕ

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

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>Emergency Orders</b><br><b>Severe Hypoglycemia</b><br>Administer <b>Glucagon</b> and call <b>911</b><br><input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ____mg SC/IM<br><br>Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.<br><br><i>For Independent or supervised student: a trained adult will carry glucagon on school trips.</i>   |  | <b>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b><br><input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <b>OR</b><br><input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____mg/dl for the 2 <sup>nd</sup> time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F<br>> If <b>small or trace</b> give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or ____ hrs<br>> If initial or retest ketones are <b>moderate or large</b> , give water: Call parent and Endocrinologist; <input type="checkbox"/> <b>NO GYM</b> If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, <b>CALL 911</b><br><input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or ____ hours since last insulin. |  | <b>Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level</b><br><input type="checkbox"/> Nurse / adult must check bG.<br><input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision.<br><input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision.<br><br><b>Insulin Administration Skill Level</b><br><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication<br><input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision<br><input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer ( <i>Initial below</i> )<br><b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b> |  |
| <b>bG Monitoring:</b> Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN<br><input type="checkbox"/> Use CGM readings ( <b>must complete DMAF Addendum form</b> )<br><b>Hypoglycemia:</b> Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.<br><input type="checkbox"/> For bG < ____mg/dl give ____ gm rapid carbs 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.<br><input type="checkbox"/> For bG < ____mg/dl give ____ gm rapid carbs 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.<br><input type="checkbox"/> For bG < ____mg/dl pre-gym, <b>no gym</b> <input type="checkbox"/> For bG < ____mg/dl <input type="checkbox"/> Pre-gym; <input type="checkbox"/> PRN; treat hypoglycemia then give snack.<br><i>Insulin is given before food unless otherwise noted here:</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack |  | I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events<br>PROVIDER INITIALS _____  |  |   |  |

**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.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Insulin orders:</b><br><b>Name of Insulin:</b> _____<br><br><input type="checkbox"/> No Insulin in School<br><input type="checkbox"/> No Insulin at Snack time<br><br><b>Delivery Method:</b><br><input type="checkbox"/> Syringe/Pen<br><input type="checkbox"/> Pump (Brand): _____<br><input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions<br><input type="checkbox"/> Parent may have input into insulin dosing. See DMAF Addendum. | <b>Insulin Calculation Method:</b><br><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack<br><input type="checkbox"/> Correction dose <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack<br><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>plus</b> correction dose when bG > Target <b>AND</b> at least 2 hrs or ____ hrs. since last insulin at _____<br><input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack<br>Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF or <input type="checkbox"/> Sliding Scale<br><input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders)<br><input type="checkbox"/> Sliding Scale (See Addendum)<br><input type="checkbox"/> If Gym/recess is immediately following lunch, subtract ____ gm carbs from lunch carb calculation.<br><i>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise ordered.</i> | <b>Insulin Calculation Directions: (give number, not range)</b><br><br>Target bG = ____ mg/dl<br><b>Insulin Sensitivity Factor (ISF):</b><br>1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____)<br>1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____)<br><br><i>If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.</i> |
|--|--|--|

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Carb Coverage:</b><br># gm carb in meal = X units insulin<br># gm carb in I:C | <b>Correction Dose using ISF:</b><br>$bG - Target\ bG = X\ units\ insulin$<br>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. |
|--|---|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>For Pumps - Basal Rate in school:</b><br>____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM ____ units/hr<br>____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM ____ units/hr<br>____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM ____ units/hr<br><input type="checkbox"/> Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump.<br><input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for gym<br><input type="checkbox"/> Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for ____ min. | <b>Additional Pump Instructions:</b><br><input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)<br><input type="checkbox"/> For bG > ____ mg/dl that has not decreased in ____ hours after correction, consider pump failure and notify parents.<br><input type="checkbox"/> For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents.<br><input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if > ____ hrs since last insulin |
|--|--|

|                            |  |      |           |      |       |
|----------------------------|--|------|-----------|------|-------|
| <b>Other Orders:</b> _____ | <b>Home Medications (in case of emergency e.g. school lock down)</b> |      |           |      |       |
|                            | Medication   | Dose | Frequency | Time | Route |
|                            | Insulin:   |      |           |      |       |
|                            | Other:   |      |           |      |       |

|   |  |
|---|--|
| <b>Health Care Practitioner Name</b> LAST FIRST<br>(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)<br>Address _____<br>NYS License # (Required) _____ NPI # _____ | Signature _____<br>Date _____<br>Tel. (____) _____ - _____<br>Fax. (____) _____ - _____<br>CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes. |
|---|--|

# ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание — Отдел школьного здравоохранения – 2019-2020 уч.г.

Крайний срок подачи: 31 мая. Обработка форм, отправленных после 31 мая, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года. Все запросы отправлять факсом на номер 347-396-8932/8945.

**РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ**

## ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ТЕМ САМЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Настоящим я разрешаю школьной медсестре выдавать моему ребенку назначенный ему лекарственный препарат; медсестре или подготовленному сотруднику осуществлять контроль уровня сахара в крови ребенка и принимать меры по его нормализации на территории школы или во время организованных школой экскурсий в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и установленным им уровнем подготовки.
2. Я также разрешаю хранить и применять в школе необходимые средства для введения лекарственного препарата.
3. Я понимаю, что:
  - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом, снеками, необходимыми средствами для введения препарата и принадлежностями, а также по мере необходимости предоставлять новые препараты, снеки, средства и принадлежности на замену. OSH рекомендует использование безопасных ланцетов и других устройств с безопасными иглами для контроля уровня глюкозы и введения инсулина.
  - **Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, принимаемым ребенком в настоящее время, для его приема в течение учебного дня.**
    - На упаковке рецептурного препарата должна быть оригинальная этикетка аптеки. Этикетка должна содержать: 1) имя и фамилию учащегося, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
  - Я обязан **немедленно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
  - OSH, их представители и сотрудники, причастные к оказанию медицинских услуг моему ребенку, полагаются на достоверность приведенной мной информации.
  - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) свое согласие на предоставление ребенку медицинских услуг, связанных с лечением диабета. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше).
  - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проведения ребенку анализа на сахар в крови.
  - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противодиабетических мер. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
  - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенка.

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно принимать прописанное лекарство. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках, как описано выше. Я также несу ответственность за его использования ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я также согласен предоставить в школу запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.

**ПРИМЕЧАНИЕ: В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.**

|   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Учащийся Фамилия _____ Имя _____ Инициал ср. имени _____  |                          | Дата рождения ____ / ____ / _____             |                          |
| ATSDBN/Название школы _____   |                          | Район _____                                   | Шк. округ _____          |
| Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами) _____  |                          | Подпись родителя/опекуна _____                | Дата ____ / ____ / _____ |
| Имейл родителя/опекуна _____  |                          | Адрес родителя/опекуна _____                  |                          |
| Номера телефонов: Дневной (____) _____ - _____ Домашний (____) _____ - _____ Мобильный (____) _____ - _____ |                          |   |                          |
| Другое контактное лицо для срочной связи _____  | Родство с учащимся _____ | Телефон контактного лица (____) _____ - _____ |                          |
| Другое контактное лицо для срочной связи _____  |                          | Телефон контактного лица (____) _____ - _____ |                          |

### For Office of School Health (OSH) Use Only

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| OSIS Number: _____  |                          | <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other |
| Received by: Name _____   | Date ____ / ____ / _____ | Reviewed by: Name _____  |
| Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only) |                          | <input type="checkbox"/> School Based Health Center                                      |
| Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____   |                          |  |
| Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner _____  |                          | <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified                  |