Attach student photo here

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year **2018-2019**

☐ Addendum Attached

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**	☐ Male ☐ Female	**OSIS #**
School (include name, number, address and borough)			**DOE District**	**Grade**	**Class**

☐ Type 1 Diabetes ☐ Type 2 Diabetes ☐ 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**

Emergency orders

Severe Hypoglycemia

Administer **Glucagon** and **call 911**

☐ 1 mg SC/IM

☐ ___mg SC/IM

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.

Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)

☐ Test **ketones** if bG >___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F

☐ 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

☐ Call parent and Endocrinologist ☐ **NO GYM**

If vomiting, unable to take PO and MD not available, **CALL 911**

☐ Give insulin correction dose if >__ hours since last insulin.

Blood Glucose (bg) Monitoring Skill Level

☐ Nurse / adult must check bG.

☐ Student to check bG with adult supervision.

☐ Student may check bG without supervision.

Insulin Administration Skill Level

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication

☐ Supervised student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: Self-carry / Self-administer:*

NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.

_____ **PROVIDER INITIALS** — I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events

bG Monitoring: Test bG at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN

☐ Use CGM readings but not for insulin dosing (**see DMAF Addendum form**)

☐ 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

Hypoglycemia:

Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise prescribed.

☐ For bG < _____mg/dl give _____ gm rapid carbs or __ glucose tabs or ____ glucose gel or __ oz. juice at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN
Repeat bG testing in 15 or ____ min. If bG still < _____mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl.

☐ For bG < _____mg/dl give _____ gm rapid carbs or __ glucose tabs or ____ glucose gel or __ oz. juice at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN
Repeat bG testing in 15 or ____ min. If bG still < _____mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl.

☐ For bG < _____mg/dl give _____ gm rapid carbs or __ glucose tabs or ____ glucose gel or __ oz. juice at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN
Repeat bG testing in 15 or ____ min. If bG still < _____mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl.

☐ For bG < _____mg/dl pre-gym, **NO GYM**

☐ For bG < _____mg/dl ☐ Pre-gym; ☐prn; treat hypoglycemia then give snack.

☐ Give insulin after: ☐ breakfast ☐ lunch ☐ snack

Snack:

Student may carry and self-administer snack

☐ Yes ☐ No

Time of day:

_____ AM _____ PM

Type, amount:

_____

_____

☐ **NO INSULIN TO BE GIVEN AT SNACK TIME**

Mid-range Glycemia:

☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN ☐ Give snack before gym

Hyperglycemia:

☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

☐ For bG > ___mg/DL or **and** mod/lg Ketones ☐ Pre-gym and/or ☐ PRN – **NO GYM**

☐ For bG > ___mg/DL or ☐ Pre-gym and/or ☐ PRN, **NO GYM**

☐ 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

☐ No Insulin in School

☐ Insulin Name: _____

Delivery method: ☐ Syringe ☐ Pen

☐ Pump (Brand) _____

☐ **Parent may have input into insulin dosing. See DMAF Addendum form.**

Insulin Calculation Method:

☐ Carb coverage **ONLY** at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

☐ Correction dose **ONLY** at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

☐ Carb coverage **plus** correction dose when bG > Target **AND** at least ___ hr. since last insulin at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Correction dose calculated using:

☐ ISF

☐ Sliding Scale ☐ Fixed Dose (see Other Orders)

Insulin Calculation Directions: *(give number, not range)*

Target bG = ___ mg/dl

Insulin Sensitivity Factor (ISF):

1 unit decreases bG by ___ mg/dl (time:_____ to _____)

1 unit decreases bG by ___ mg/dl: (time:_____ to _____)

Insulin to Carb Ratio (I:C):

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 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.

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

Basal rate for Gym

__.__ units/hr

___.__ % for __ hrs

☐ Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump.

☐ Suspend/disconnect pump for gym

☐ Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for ____ min.

Additional Pump Instructions:

☐ Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)

☐ For bG > ___ mg/dl that has not decreased in __ hours after correction, consider pump failure and notify parents.

☐ For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents.

☐ 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.*

	bG	Units Insulin
☐ Breakfast	Zero -___	_____
☐ Lunch	___-___	_____
☐ Snack	___-___	_____
☐ Correction Dose	___-___	_____
	___-___	_____
	___-___	_____

☐ Other Time	bG	Units Insulin
_____	Zero -___	_____
☐ Breakfast	___-___	_____
☐ Snack	___-___	_____
☐ Correction Dose	___-___	_____

Home Medication

Medication	Dose	Frequency	Time	Route
Insulin:				
Other:				

Other Orders: (attach additional page, signed and dated, if needed)

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.**	

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS **FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT** Rev 3/18 **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 ➔**

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'apparatus 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'évènement 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'apparatus pour se les administrer lors des sorties scolaires et des activités après les heures normales de cours.

Nom de **l'élève**	Prénom	Ie 2d Prén.	Date de naissance	École

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie	**Signature du parent/tuteur** (SIGNEZ ICI)
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 / Réservé à l'usage du personnel d'OSH

OSIS Number:	☐ **504** ☐ **IEP** ☐ **Other**
Received by: Name / Date	**Reviewed by**: Name / Date
Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor *(For supervised students only)*	☐ School Based Health Center
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner ☐ Modified ☐ Not Modified	

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