

여기 학생 사진 부착

당뇨 약물 투여 양식

제공처 투약 안내 양식 | 학교 보건 담당실 - 2019-2020 학년도

마감일: 5월 31일 양식을 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다. 모든 DMAF 서류를 팩스 347-396-8932/8945로 보내십시오.

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

의료 보건 담당자가 다음을 작성하십시오

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

<p>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911 <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ___mg SC/IM</p> <p>Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p> <p><i>For Independent or supervised student: a trained adult will carry glucagon on school trips.</i></p>	<p>Emergency Orders</p> <p>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F OR <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl for the 2nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F > If small or trace give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large, give water: Call parent and Endocrinologist; <input type="checkbox"/> NO GYM If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or ___ hours since last insulin.</p>	<p>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.</p> <p>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 (<i>Initial below</i>) NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</p> <p>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events</p> <p style="text-align: right;">PROVIDER INITIALS</p>
--	---	--

bG Monitoring: Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) Breakfast Lunch Snack Gym PRN
 Use CGM readings (**must complete DMAF Addendum form**)

Hypoglycemia: Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.
 For bG < ___mg/dl give ___ gm rapid carbs 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 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.
Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack

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.*

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

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.
--	--	---

<p>For Pumps - Basal Rate in school: ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr</p> <p><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.</p>	<p>Additional Pump Instructions: <input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (<i>if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit</i>) <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</p>
--	---

<p>Other Orders:</p>	<p>Home Medications (in case of emergency e.g. school lock down)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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:				
Medication	Dose	Frequency	Time	Route												
Insulin:																
Other:																

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.

T&I-29425 (Korean)

당뇨 약물 투여 양식

제공처 투약 안내 양식 | 학교 보건 담당실 - 2019-2020 학년도

마감일: 5 월 31 일 양식을 5 월 31 일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다. 모든 DMAF 서류를 팩스 347-396-8932/8945 로 보내십시오.
학부모/보호자 작성


아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:

- 본인은 간호사가 자녀에게 처방된 약품을 주고 간호사/훈련 받은 교직원이 혈당을 검사하며 자녀의 의료 보건 담당자가 결정한 지시 및 속련도에 따라 낮은 혈당을 치료하도록 동의합니다. 이러한 치료는 교내 또는 학교 견학 중 제공됩니다.
- 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는데 필요한 기구에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 약, 간식, 기구 및 비품을 제공하고 약, 간식, 기구 및 비품을 필요에 따라 대체해야 합니다. OSH 는 자녀의 혈당 검사 및 인슐린 투여를 위해 안전 랜릿 및 기타 안전 바늘 기기 및 비품을 추천합니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 일반의약품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 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 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.
 - 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 저는 OSH 가 자녀에게 당뇨 관련 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 보건 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
 - 이 MAF 의 약물 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF 를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
 - OSH 및 교육청(DOE)은 자녀분이 안전하게 혈당 검사를 할 수 있도록 할 책임이 있습니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 당뇨 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH 가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의서가 아닙니다. OSH 가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH 는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH 는 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 일시적일 해당 약품을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

참고: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내시는 것이 좋습니다.

학생 성	이름	중간 이니셜	생년월일	___/___/_____
학교 ATSDBN/이름	보로		학군	
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입	학부모/보호자의 서명		서명일	
학부모/보호자 이메일	<div style="text-align: center;">  여기에 서명 학부모/보호자의 주소 </div>			
전화번호: 주간(____)____-____	자택(____)____-____	전화번호(____)____-____		
기타 비상 연락 정보	학생과의 관계	연락 전화번호(____)____-____		
기타 비상 연락 정보	연락 전화번호(____)____-____			

학교 보건 담당실 전용

OSIS Number: 504 IEP Other

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