

مستحقة في: 1 يونيو/ حزيران. الاستمارة المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد. نرجو إرسال جميع استمارات إعطاء دواء مرض السكري (DMAF) بالفاكس على الرقم 347-396-8945، أو 347-396-8945.

رقم التعريف المدرسي (OSIS)	تاريخ الميلاد:	الاسم الأول:	الاسم الأخير للتمييز (ة):
الصف:	المنطقة التعليمية لإدارة التعليم:	العنوان:	اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN):

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

<input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Non-Type 1/Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Other Diagnosis: _____	<b>Recent A1c</b> Date _____ / _____ / _____    Result _____ %
--	---

Orders written will be implemented when submitted and approved. If you wish to delay orders for September 2023 please check here

**EMERGENCY ORDERS**

<b>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911</b>				<b>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b>			
<b>Glucagon</b> <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM		<b>GVOKE</b> <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM		<b>Baqsimi</b> <input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal		<b>Zegalogue</b> <input type="checkbox"/> 0.6 mg SC May repeat in 15 min if needed	
Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration. If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.				<input type="checkbox"/> Test ketones if bG > _____ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F <b>OR</b> <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 > 100.5 F > If small or trace give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or _____ hrs > If ketones are moderate or large, 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, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hours since last rapid acting insulin.			

**SKILL LEVEL (if not complete, will default to nurse-dependent)**

<b>Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level</b> <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.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student calculates and self-administers, under adult supervision	<input type="checkbox"/> <b>Independent Student Self carry / Self-administer (MUST initial attestation).</b> I attest that the independent student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips and school sponsored events.	Provider Initials _____
--	--	---	-------------------------

**BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]**

<b>Specify times to test bG in school (must match times for treatment and/or insulin)</b> <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN	
<b>Hypoglycemia</b> <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Give Snack before gym <i>Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.</i> <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 min or _____ min. If bG still < _____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl <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 min or _____ min. If bG still < _____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl <input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl pre-gym, no gym <input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl treat hypoglycemia and then give snack <input type="checkbox"/> Pre-gym <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> T2DM – no bG monitoring or insulin in school <b>15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4oz. juice</b>
<b>Mid-Range Glycemia</b> <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Give Snack before gym if bG < _____ mg/dl	
<b>Hyperglycemia</b> <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> For bG _____ mg/dl pre-gym, NO GYM    For bG meter reading "High" use bG of 500 or _____ mg/dl <input type="checkbox"/> For bG > _____ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hrs. since last rapid acting insulin <input type="checkbox"/> <b>Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal</b> <input type="checkbox"/> Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal <input type="checkbox"/> For sG or bG values < _____ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and give _____ gm carb snack before dismissed <input type="checkbox"/> For sG or bG values < _____ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and do not send on bus/mass transit, parent to pick up from school.	

**INSULIN ORDERS**

<b>Insulin Name</b> _____ <i>*May substitute Novolog with Humalog/Admelog</i> <input type="checkbox"/> No Insulin in school <input type="checkbox"/> No insulin at Snack	<b>Insulin Calculation Method:</b> <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>plus</b> correction dose when bG > Target <b>AND</b> at least 2 hrs or _____ hrs since last rapid acting insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <b>Correction dose calculated using:</b> <input type="checkbox"/> ISF or <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders) <input type="checkbox"/> Sliding Scale (See Part B) <input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following lunch, subtract _____ gm carbs from lunch carb calculation.	<b>Insulin Calculation Directions:</b> (give number, not range) <i>If only one given, time will be 7am to 4pm if not specified</i> Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____) Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____)
<b>Delivery Method</b> <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Pump (Brand) _____	<b>Additional Pump Instructions:</b> <input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit) <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 rapid acting insulin by syringe or pen, and notify parents. <input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if > _____ hrs since last rapid acting insulin	<b>Insulin Sensitivity Factor (ISF):</b> 1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____) 1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____)
<b>For Pumps:</b> <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 <input type="checkbox"/> <b>Activity Mode (HCL pumps):</b> Start _____ minutes prior to exercise for _____ minutes duration (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)	<b>Round DOWN</b> 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. <b>Round DOWN</b> to nearest 0.1 unit for pumps, unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders.	<b>Insulin to Carb Ratio (I:C):</b> Bkfast OR time _____ to _____ 1 unit per _____ gms carbs Snack OR time _____ to _____ 1 unit per _____ gms carbs Lunch OR time _____ to _____ 1 unit per _____ gms carbs
<b>Carb Coverage:</b> # gm carb in meal = X units insulin # gm carb in I:C	<b>Correction Dose using ISF:</b> $bG - Target\ bG = X\ units\ insulin\ ISF$	

مستحقة في: 1 يونيو/ حزيران. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

رقم التعريف المدرسي (OSIS)	الاسم الأول	الاسم الأخير للتلميذ(ة)
----------------------------	-------------	-------------------------

**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). You must include name and model of the CGM in use.

**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
		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.

- Lunch  
 Snack  
 Breakfast  
 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 0.50u (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

**OTHER ORDERS**

**HOME MEDICATIONS**

None

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 LAST	FIRST	SIGNATURE	DATE
PLEASE PRINT check one <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA			
Address STREET		CITY/STATE	ZIP
NYS License # (Required)		Tel	Fax
CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.			

مستحقة في: 1 يونيو/ حزيران. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

## السادة الآباء وأولياء الأمور: أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على التصريح لمرضة المدرسة/ مقدم الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بإعطاء الدواء الموصوف لطفلي، والسماح للمرض(ة)/ الموظف(ة) المدرب/ مقدم الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بفحص نسبة السكر في الدم لدى طفلي، وعلاج انخفاض سكر الدم لدى طفلي بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي وفي مستوى مهاراته. وقد يتم ذلك على أرض المدرسة أو خلال الرحلات المدرسية.
- أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:**
  - يجب علي أن أقدم لمرض(ة) المدرسة/ مقدم الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) الأدوية التي يستخدمها طفلي، ووجبات خفيفة، والمعدات، واللوازم، ويجب علي تغيير تلك الأدوية والوجبات الخفيفة والمعدات واللوازم عند الحاجة. يوصي مكتب الصحة المدرسية (OSH) باستخدام مستلزمات أمانة لقياس السكر في الدم وغيرها من الإبر والأجهزة الأمانة لفحص مستويات سكر الدم لدى طفلي وتقديم الإنسولين.
  - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية غير منتهية الصلاحية التي سوف يستخدمها طفلي أثناء أيام الدراسة.
    - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، و(2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و(3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يتم تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أية إرشادات أخرى.
  - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاء المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
  - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أرخص لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بداء السكري لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكاديمياً أو فحصاً بندياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لمرضة طفلي المدرسية/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
  - يتأكد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) من قدرة طفلي على اختبار نسبة السكر في دمه بأمان.
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات السكري المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504.
  - سنتقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
  - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

**الخط الساخن للأباء بمكتب الصحة المدرسية (OSH) للأسئلة حول استمارة إعطاء دواء السكري (DMAF): 718-786-4933**

### لتناول الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط)

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة أو المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو موظفي المدرسة المدربين بإعطاء طفلي الجلوكاجون إذا وصفه مقدم الرعاية الصحية، إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء وتناوله.

ملاحظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

الاسم الآخر للتلميذ(ة) الاسم الأول الأوسط		تاريخ الميلاد	
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN):		الحي	
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح		تاريخ التوقيع	
عنوان منزل الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر		عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	
أرقام الهاتف	رقم الهاتف أثناء النهار	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المحمول
اسم شخص بديل للاتصال في حالات الطوارئ		العلاقة بالتلميذ(ة)	
		رقم هاتفه	

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

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

Clarified

Modified

Notes