



DATE LIMITE : 1^{er} juin. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de l'élève :	Prénom :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	N° OSIS
ATS DBN/nom de l'école :	Adresse :	Borough :	District du DOE :	Grade : Classe :

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW/PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
[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: _____	Recent A1c 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

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">Glucagon</th> <th style="width:25%;">GVOKE</th> <th style="width:25%;">Baqsimi</th> <th style="width:25%;">Zegalogue</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> .mg SC/IM </td> <td> <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> .mg SC/IM </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal </td> <td> <input type="checkbox"/> 0.6 mg SC May repeat in 15 min if needed </td> </tr> </table> <p>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.</p>	Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue	<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> .mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> .mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal	<input type="checkbox"/> 0.6 mg SC May repeat in 15 min if needed	Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > _____mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F 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 > 100.5 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"/> 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 rapid acting insulin.
Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue						
<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> .mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> .mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal	<input type="checkbox"/> 0.6 mg SC May repeat in 15 min if needed						

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

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.	Insulin Administration Skill Level <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"/> Independent Student Self carry / Self-administer (MUST initial attestation). 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]

Specify times to test bG 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	
Hypoglycemia <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 15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4oz. juice
Mid-Range Glycemia <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	
Hyperglycemia <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"/> Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal <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

Insulin Name _____ <i>*May substitute Novolog with Humalog/Admelog</i> <input type="checkbox"/> No Insulin in school <input type="checkbox"/> No insulin at Snack	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 rapid acting 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 Part B) <input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following lunch, subtract _____gm carbs from lunch carb calculation.	Insulin Calculation Directions: (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_____)
Delivery Method <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Pump (Brand) _____	Additional Pump Instructions: <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	Insulin Sensitivity Factor (ISF): 1 unit decreases bG by _____mg/dl (time _____to_____) 1 unit decreases bG by _____mg/dl (time _____to_____)
For Pumps: <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"/> Activity Mode (HCL pumps): Start _____minutes prior to exercise for _____minutes duration (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)	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.	Insulin to Carb Ratio (I:C): Bkfst 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
Carb Coverage: # gm carb in meal = X units insulin # gm carb in I:C	Correction Dose using ISF: $bG - Target\ bG = X\ units\ insulin\ ISF$	

DATE LIMITE : 1^{er} juin. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Student Last Name	First Name	OSIS #
--------------------------	-------------------	---------------

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
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

bG	Units Insulin	Other Time:	bG	Units Insulin
Zero -		<input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Correction Dose	Zero -	
-			-	
-			-	
-			-	
-			-	
-			-	

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
		Email	
NYS License # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

DATE LIMITE : 1^{er} juin. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

1. J'autorise l'infirmière/le centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) à administrer à mon enfant les médicaments prescrits, et l'infirmière ainsi que le personnel formé/le prestataire SBHC à vérifier sa glycémie et à traiter son hypoglycémie, selon les instructions et le niveau de compétences déterminés par son médecin. Ces mesures peuvent avoir lieu à l'école ou lors de sorties scolaires.
2. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
3. **Je comprends ce qui suit :**
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire/au prestataire SBHC les médicaments, les snacks, les équipements et le matériel de mon enfant et je dois les remplacer si nécessaire. Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OHS) recommande l'utilisation de lancettes de sécurité ainsi que d'autres matériels et dispositifs d'aiguille de sécurité pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline.
 - **Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe..**
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : **1)** le nom de mon enfant, **2)** le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, **3)** le nom du médecin de mon enfant, **4)** la date, **5)** le nombre de renouvellements, **6)** le nom du médicament, **7)** le dosage, **8)** quand prendre le médicament, **9)** le mode d'administration du médicament et **10)** toute autre instruction.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière scolaire/le SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière scolaire/au prestataire SBHC (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant.
 - L'OSH et le Département de l'Éducation (DOE) s'assurent que mon enfant contrôle sa glycémie en toute sécurité.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services liés au diabète indiqués ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements en vertu de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

Assistance téléphonique de l'OSH pour les parents concernant toute question sur le Formulaire d'administration de traitement médicamenteux contre le diabète (DMAF) : 718-786-4933

POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES)

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire ou les prestataires SBHC attesteront de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est lisible.
- J'accepte que l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel formé administre le Glucagon à mon enfant s'il lui est prescrit par son prestataire de soins de santé et si mon enfant est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer en toute autonomie.

REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Nom de famille de l'élève		Prénom		Initiale 2 ^d prénom		Date de naissance	
DBN ATS/nom de l'école				Borough		District	
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules)				Signature du parent/tuteur/de la tutrice pour les parties A & B		Date de signature	
Adresse du parent/tuteur/de la tutrice				E-mail du parent/tuteur/de la tutrice			
Numéros de téléphone		N° de tél. (en journée)		N° de tél. (domicile)		Téléphone portable :	
Autre personne à contacter en cas d'urgence				Lien avec l'élève		N° de tél. du contact	

For Office of School Health (OSH) Use Only/Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (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

Clarified Modified

Notes