

Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347-396-8932/8945

Информация о ребенке. Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: (месяц/день/год) _____

Номер OSIS: _____ Школьный округ DOE: _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Пол: муж жен

Школа Номер DBN в ATS/ Название/ Адрес/ Район: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА / HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW

[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Type 1 Diabetes Type 2 Diabetes Other Diagnosis: _____ Dx Date _____ Recent A1c Date: _____ Result: _____ (%)

Orders written will be implemented when submitted and approved. If you wish to start order implementation in September 2024, please check here

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911 (If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.)

- Glucagon: 1 mg, 0.5 mg SC/IM
GVOKE: 1 mg, 0.5 mg SC/IM
Baqsimi: 3 mg, Intranasal
Zegalogue: 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 and call 911.

Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)

- Test ketones if bG > _____ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F OR
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 NO GYM
If ketones and vomiting, unable to take PO, has altered mental status or breathing changes and MD not available, CALL 911
Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hours since last rapid acting insulin.

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

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 calculates and self-administers, under adult supervision.

Independent Student Self-carry / Self-administer

- (MUST Initial attestation) I attest that the independent student demonstrated the 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 in school (must match times for treatment and/or insulin) Breakfast Lunch Snack Gym Dismissal PRN

Hypoglycemia Insulin is given before food unless noted here Breakfast Lunch Snack Give snack* before gym

Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.

- For bG < _____ mg/dl give _____ gm rapid carbs at Breakfast Lunch Snack Gym Dismissal 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 Dismissal 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 pre-gym, no gym For bG < _____ mg/dl treat hypoglycemia and then give snack* Pre-gym PRN

T2DM - no bG monitoring or insulin in school

15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz. juice

*snacks not provided by student's family will be between 15 and 25 g carbohydrates unless otherwise specified in Other Orders

Mid-Range Glycemia Insulin is given before food unless noted here Give insulin after Breakfast Lunch Snack Give snack* before gym if bG < _____ mg/dl

Hyperglycemia Insulin is given before food unless noted here Give insulin after Breakfast Lunch Snack

- For bG > _____ mg/dL pre-gym, no gym and check ketones For bG meter reading "High" use bG of 500 or _____ mg/dl

- For bG > _____ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hrs. since last rapid acting insulin

Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal

- For sG or bG values < _____ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and give _____ gm carb snack before dismissed

- 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*

- *May substitute Novolog with Humalog/Admelog
No Insulin in School No Insulin at Snack

Delivery Method:

- Syringe/Pen Smart Pen - use pen suggestions

- Pump (Brand) _____

For Pumps:

- 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
Activity Mode (HCL pumps):
Start _____ minutes prior to exercise, to end _____ minutes after exercise is complete (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)

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.

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 2 hrs or _____ hrs. since last rapid acting insulin at Breakfast Lunch Snack

Correction dose calculated using ISF or Sliding Scale

- Fixed Dose (See Optional Orders)
Sliding Scale (See Part B)
If gym/recess is immediately following lunch, subtract _____ gm carbs from lunch carb calculation.

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 rapid acting insulin by syringe or pen and notify parents.
For pump failure, only give correction dose if > _____ hrs since last rapid acting insulin

Insulin Calculation Directions:

(give number, not range)

Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____)
Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____)

Insulin Sensitivity Factor (ISF):

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

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

(time will be 7am to 4 pm if not specified)

Insulin to Carb Ration (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

Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347-396-8932/8945

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Дата рождения: (месяц/день/год): _____ Номер 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). **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 Dismissal 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 instructions

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 for hyperglycemia.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОЗЫ ИНСУЛИНА — ИНФОРМАЦИЯ ОТ РОДИТЕЛЯ / 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:

Nurse may adjust calculated dose up or down up to _____ units based on parental input and nursing judgment. 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.

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

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 0.50 u (must have half unit syringe/pen).

Use sliding scale for correction **AND** 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 - Dose _____ units - Time _____ or Lunch

Long Acting Insulin Name _____

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 Name (Print): _____ First Name (Print): _____

Signature: _____ Date: _____

NYS License or NPI # (Required): _____ Check one: MD DO NP PA

Address: _____ Email address: _____

Tel.: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes. INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.
Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347-396-8932/8945

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ.
Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Разрешаю школьной медсестре/школьному центру здоровья (school based health center, SBHC) выдавать моему ребенку рецептурные лекарственные препараты; разрешаю медсестре/подготовленному сотруднику школы/SBHC измерять уровень сахара в крови ребенка и принимать меры для нормализации уровня сахара в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и определенными им уровнем подготовки медсестры/сотрудника. Эти действия можно производить на территории школы и во время школьных экскурсий.
- Также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
- Мне известно, что...
 - Мне требуется предоставить школьной медсестре/SBHC лекарственные препараты, снеки, средства и принадлежности для введения препарата, а также по мере необходимости предоставлять новые препараты, снеки, средства и принадлежности на замену. Отдел школьного здравоохранения (OSH) рекомендует использование безопасных ланцетов и других устройств с безопасными иглами для контроля уровня глюкозы и введения инсулина.
 - Я даю согласие на то, чтобы мой ребенок имел при себе, хранил и самостоятельно принимал лекарство/пользовался медицинскими принадлежностями и материалами в школе и во время школьных экскурсий в соответствии с решениями, принятыми на заседании группы 504.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
 - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой. На этикетке должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка: 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ приема и 10) другие инструкции.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю OSH 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, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проверки уровня сахара в крови.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги для ребенка с диабетом. Форма может быть направлена непосредственно в OSH. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

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

Горячая линия OSH для родителей по вопросам, связанным с Запросом на выдачу диабетических препаратов (DMAF): 718-786-4933

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство/проводить медицинские процедуры самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC должны удостовериться способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- В случае временной утраты ребенком способности хранить и самостоятельно принимать назначенный врачом глюкагон, я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком этого препарата.

Учащийся Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения (месяц/день/год): _____

Школа Номер DBN в ATS / Название: _____ Район: _____ Школьный округ: _____

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись родителя или опекуна в Части А и В: _____ Дата (месяц/день/год): _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.
Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347-396-8932/8945

Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

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: