

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন। জুন পহেলা (1) জুনের পর কর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেয়ি হতে পারে। অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: মাস/দিন/বৎসর: _____

OSIS নম্বর: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ লিঙ্গ: পুরুষ নারী

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

নিচের অংশটুকু স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী পূরণ করবেন/ 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	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
<input type="checkbox"/> 1 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg	<input type="checkbox"/> 3 mg	<input type="checkbox"/> 0.6 mg SC
<input type="checkbox"/> 0.5 mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mg SC/IM	Intranasal	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 **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)

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

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.

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন। জুন পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে। অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: মাস/দিন/বৎসর _____ OSIS নম্বর: _____

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	<input type="checkbox"/> 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 for hyperglycemia.

ইনসুলিন ডোজ প্রদান সংক্রান্ত পিতামাতার দেয়া তথ্য / 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. 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)

Round insulin dosing to nearest half unit: 0.26-0.75u rounds to 0.50 u (must have half unit syringe/pen).

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

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন। জুন পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে। অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফোন করুন

পিতামাতা ও অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে নার্স/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী (স্কুল বেজড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবে, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ/SBHC প্রদানকারী ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবে, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্লাড সুগারের পরিচর্যা করবে নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী। চিকিৎসা প্রদান করা হতে পারে স্কুল গ্রাউন্ডে অথবা স্কুল ট্রিপের সময়।
- আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:**
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীকে আমার সন্তানের ঔষধ, স্ল্যাকস, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সামগ্রী প্রদান করবো এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে ওগুলো, যেমন ঔষধ, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সামগ্রী পুনরায় সরবরাহ করতে হবে। অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) সেফটি ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল ডিভাইস ও স্পাই আই আছে ওগুলো আমার সন্তানের ব্লাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনসুলিন দিতে পরামর্শ দেয়।
 - আমার সন্তানকে স্কুলে এবং তার 504 মিটিংয়ে যেভাবে উল্লেখ করা হয়েছে সেই অনুযায়ী ট্রিপে তার ঔষধ/সরবরাহ বহন ও সংরক্ষণ করতে আমি অনুমতি দিচ্ছি।
 - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সের মধ্যে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হলে যারিনি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।**
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাক্সের উপর অবশ্যই ফার্মাসির **আসল** লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: **1)** আমার সন্তানের নাম, **2)** ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, **3)** আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, **4)** তারিখ, **5)** রিফিল সংখ্যা, **6)** ঔষধের নাম, **7)** ডোজ, **8)** ঔষধ সেবনের সময়, **9)** ঔষধ কীভাবে সেবন করতে হবে এবং **10)** অন্য সব নির্দেশনা।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে অবশ্যই অতিসত্বর জানাতে হবে।
 - OSH এবং এর এজেন্টরা, যারা আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) প্রদান করেন, তারা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করবে।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো হতে পারে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইটে স্কুলের কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (DMAF) সংক্রান্ত প্রশ্নাবলীর জন্য OSH প্যারেন্ট হটলাইন: 718-786-4933

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ)

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই তার ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে এবং ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স অথবা SBHC প্রদানকারীগণ নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্যনামের আদ্যাক্ষর: _____ জন্মতারিখ মাস/দিন/বৎসর _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে লিখুন): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পার্ট A এবং B-এর জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ মাস/দিন/বৎসর _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: _____ বাড়ি: _____ সেল ফোন: _____

জরুরি অবস্থায় বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তির নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নং: _____

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন। জুন পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে। অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে স্ক্যান করুন

শুধুমাত্র অফিস অফ হেলথ (OHS) দ্বারা ব্যবহারের জন্য / 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: