

마감일: 마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 생년월일: (월/일/년): _____

OSIS #: _____ 교육청 학군: _____ 학년: _____ 학급: _____

성별: 남 여

학교 ATSDBN/이름/ 주소 /보로: _____

아래 보건 케어 담당자 작성 / 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

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) _____

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.

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)

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)

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 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.

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오

학생 성: _____ 이름: _____ 생년월일: (월/일/년): _____ 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	<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.

PARENTAL INPUT INTO INSULIN DOSING/ 인슐린 투여에 대한 학부모 의견

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

학부모 및 보호자: 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

- 본인은 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인이 제 자녀에게 처방된 약품을 주고 간호사/SBHC 의료인이 혈당을 검사하고 지시 사항 및 제 자녀의 의료 서비스 제공자가 결정한 숙련도 레벨에 따라 저혈당을 관리하는 것에 동의합니다. 이러한 치료는 교내 또는 학교 견학 중 제공됩니다.
- 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:**
 - 저는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 자녀의 약, 간식, 기구 및 비품을 제공하고 약, 간식, 기구 및 비품을 필요에 따라 대체해야 합니다. 학교 보건 담당실(OSH)은 자녀의 혈당 검사 및 인슐린 투여를 위해 안전 랜셋 및 기타 안전 바늘 기기 및 비품을 추천합니다.
 - 저는 제 아이가 본인의 504 회의에 기술한 바와 같이 본인의 약물/물품을 학교 및 또는 견학 장소에 가져가고 보관하는 것에 동의합니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 개봉하지 않은 새것을 원래 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 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) 제 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화 번호, 3) 자녀의 의료 서비스 제공자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 약품 복용 시간, 9) 약품 투약 방법 및 10) 기타 지침.
 - 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
 - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.
 - 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 저는 OSH가 자녀에게 당뇨 관련 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
 - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다.
 - OSH 및 교육청(DOE)은 제 자녀가 안전하게 혈당 검사를 할 수 있도록 할 것입니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 당뇨 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변하며 직접 OSH에 보낼 수도 있습니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

노트: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

당뇨약 투약 양식(DMAF) 관련 문의를 위한 OSH 학부모 핫라인: 718 -786 -4933

약품 자가 투약 및/또는 처리(독립적인 학생만 해당)

- 저는 제 자녀가 스스로 약물을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용 및/또는 처리할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교 및 견학 장소에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사 또는 SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 약품을 소지하고 투약하지 못하게 되었을 경우, 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 제 자녀에게 글루카곤 (의료 담당자에 의해 처방된 경우)을 투여하는 것에 동의 합니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 미대니셜: _____ 생년월일: _____

학교 ATSDBN/이름: _____ 보로: _____ 학군: _____

학부모/보호자 성명 인쇄체로 기재: _____ 학부모/보호자 이메일: _____

파트 A & B 학부모/보호자 서명: _____ 서명한 날짜: _____

학부모/보호자 주소: _____

전화 번호: 주중 전화 번호: _____ 집 전화 번호 _____ 휴대전화 번호: _____

기타 비상 연락 정보:

이름: _____ 학생과의 관계: _____ 연락 전화 번호: _____

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오

학교 보건 담당실(OSH) 만 사용 / 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: