



Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Data e Lindjes: _____ OSIS#: _____

SECTION F: Insulin Orders (Continued)

F7. Sliding Scales (Provide additional sliding scales in Section I: Other Orders)

Do **NOT** overlap ranges (e.g., enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. You must provide a range from 0 to "high" bG, which is 500 mg/dl unless otherwise specified in Section E2: Hyperglycemia. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless specified in Section I: Other Orders.

F7a. Correction Dose

bG (mg/dl)	Units
Zero - 0	
-	
-	
-	
-	
-	
-	

F7b. Carb Coverage PLUS Correction Dose

bG (mg/dl)	Units	Use For:
Zero - 0		☐ Breakfast
-		☐ Lunch
-		☐ Snack
-		☐ See attached
-		
-		
-		

F8. Fixed Dosing for Carb Coverage

Correct bG using method in Section F5a: Correction Dose and for carb coverage ADD:

- ☐ _____ units for breakfast
☐ _____ units for lunch
☐ _____ units for snack

F9. Alternate Rounding Instructions

- ☐ Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.50-1.49u rounds to 1u
☐ For half unit pen/syringe, round insulin dosing to nearest half unit: 0.25-0.74u rounds to 0.5u

F10. Long-Acting Insulin

- ☐ Give long-acting insulin at school
Name: _____
Dose: _____ units
Time: _____ **OR** pre-lunch
Long-acting insulin may be given at the same time as rapid-acting insulin at a different

SECTION G: Continuous Glucose Monitoring (CGM) Orders [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

G1. Name and Model of CGM: _____

For CGMs to be used for glucose monitoring and/or insulin dosing, devices must be FDA approved for use and age and used within the limits of the manufacturer's protocol and in accordance with manufacturer's instructions. For CGM used for insulin dosing, finger stick bG will be done when symptoms don't match the CGM readings or 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). For sG < 70mg/dl, check bG and follow hypoglycemia orders on DMAF, unless otherwise ordered below.

G2. CGM Instructions: Use CGM grid below **OR** ☐ see attached CGM instructions.

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 sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↓, ↓↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↑, ↑↑, or ↗	If symptomatic, treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. If asymptomatic, recheck in 15-20 min. If sG 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	↓, ↓↓	Give 15 g uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 g of carbs from lunch carb calculation.
sG ≥ 250 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing.
☐ For student using CGM, wait 2 hours after a meal before testing for ketones with hyperglycemia		

SECTION H: Parental Input into Dosing

Parent(s)/Guardian(s) (**MUST 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 provider and in keeping with nursing judgement.

SELECT ONE

- ☐ 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 judgement.

MUST COMPLETE: Health care provider 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 provider to see if the school orders need to be revised.

SECTION I: Other Orders

SECTION J: Home Medications

Medication Dose Route Frequency Time

SECTION K: Additional Information

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? ☐ Yes ☐ No [Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA approved devices. For nurse to administer insulin at school, you must provide pump failure and/or back up orders on DMAF page 1.]

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Provider
(PLEASE PRINT)

Last Name: _____ First Name (Print): _____ Signature: _____ Date: _____

Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Address: _____ City/State: _____ ZIP: _____ Email address: _____

NYS License # or NPI # (Required): _____ Tel: _____ FAX: _____

CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Data e Lindjes: _____ Gjinia ☐ M ☐ F OSIS#: _____
Shkolla ATSDBN / Emri: _____ Adresa: _____ Komuna (Borough): _____ Distrikti: _____ Klasa: _____

PRINDËR DHE KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

- Jap pëlqimin që infermierja/ofruesi i qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC – school-based health center) t'i japë fëmijës tim ilaçet e përshkruara, dhe që infermierja/stafi i trajnuar/ofruesi i SBHC të kontrollojë nivelin e sheqerit në gjak dhe të trajtojë nivelin e ulët të sheqerit në gjak sipas udhëzimeve dhe aftësive të përcaktuara nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim. Këto veprime mund të kryhen në ambientet e shkollës ose gjatë ekskursioneve shkollore.
- Gjithashtu jap pëlqimin që çdo pajisje e nevojshme për ilaçet e fëmijës tim të ruhet dhe përdoret në shkollë.
- E kuptoj që:
 - Unë duhet t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC ilaçet, ushqimet, pajisjet dhe materialet për fëmijën tim dhe duhet t'i zëvendësoj ato sipas nevojës. Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health – OSH) rekomandon përdorimin e lancetave të sigurta dhe pajisjeve e materialeve të tjera me gjilpëra të sigurta për të kontrolluar nivelin e sheqerit në gjak dhe për të dhënë insulinë.
 - Jap pëlqimin që fëmija im të mbajë me vete dhe të ruajë ilaçet/materialet e tij/saj në shkollë dhe gjatë udhëtimeve, siç është përcaktuar në takimin 504 të tij/saj.
 - Të gjitha ilaçet me recetë dhe ato që shiten pa recetë që i jap shkollës duhet të jenë të reja, të papërdorura dhe në shishen ose kutinë origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë ilaçe të vlefshme dhe jo të skaduar për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.
 - Ilaçet me recetë duhet të kenë etiketën origjinale të farmacistë në kuti ose në shishe. Etiketa duhet të përfshijë: **1)** emrin e fëmijës tim, **2)** emrin dhe numrin e telefonit të farmacistë, **3)** emrin e ofruesit të kujdesit shëndetësor të fëmijës tim, **4)** datën, **5)** numrin e rimbushjeve, **6)** emrin e ilaçit, **7)** dozën, **8)** kur të merret ilaçi, **9)** si të merret ilaçi dhe **10)** çdo udhëzim tjetër.
 - Unë duhet të informoj **menjëherë** infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në ilaçin e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
 - Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
 - Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaçeve (MAF), unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t'i ofrojë fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura me diabetin. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues i kujdesit shëndetësor ose infermiere e OSH.
 - Urdhri për ilaçin në këtë MAF skadon në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri (cilado ndodh më herët). Kur ky urdhër për ilaçin të skadojë, unë do t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri të shkruar nga ofruesi i kujdesit shëndetësor i fëmijës tim.
 - OSH dhe Departamenti i Arsimit (DOE) sigurohen që fëmija im të mund të testojë në mënyrë të sigurt nivelin e sheqerit në gjak.
 - Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet për diabetin të përshkruara në këtë formular dhe mund të dërgohet direkt në OSH. Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t'i ofrojë këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (Student Accommodation Plan). Ky plan do të plotësohet nga shkolla.
 - Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion tjetër që ata e konsiderojnë të nevojshëm mbi gjendjen mjekësore, medikamentet apo trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e apo farmacist që i ka dhënë shërbime shëndetësore fëmijës tim.

SHËNIM: Është e preferueshme që të sillni ilaçet dhe pajisjet për fëmijën tuaj në ditët kur ka ekskursione ose aktivitete shkollore jashtë mjediseve të shkollës.

Linja e OSH për Prindër për pyetje rreth Formularit për Administrimin e Ilaçeve për Diabetin (DMAF): 718-786-4933

PËR VETË-ADMINISTRIM TË ILAÇEVE DHE/OSE PROCEDURAVE (VETËM NXËNËS TË PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të marrë ilaçet dhe/ose të kryejë vetë procedurat e nevojshme. Jap pëlqimin që fëmija im t'i mbajë me vete, t'i ruajë dhe t'i administrojë vetë ilaçet e përshkruara në këtë formular në shkollë dhe gjatë ekskursioneve. Unë jam përgjegjës për t'ia dhënë fëmijës tim ilaçet në shishe ose kuti të përshkruara sipas udhëzimeve më sipër. Gjithashtu, unë jam përgjegjës për të monitoruar përdorimin e ilaçeve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre ilaçeve në shkollë. Infermierja e shkollës ose ofruesit e SBHC do të konfirmojnë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe administruar vetë ilaçin. Unë gjithashtu pajtohem që t'i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.
- Jap pëlqimin që infermierja e shkollës ose stafi i trajnuar t'i japin fëmijës tim glukagon nëse është i përshkruar nga ofruesi shëndetësor dhe nëse fëmija im nuk është përkohësisht në gjendje ta mbajë apo ta marrë vetë ilaçin.

PRIND / KUJDESTAR – NËNSHKRUANI MË POSHTË

Emri i Prindit/Kujdestarit: _____ Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit për Pjesët A & B: _____ Data: _____

Adresa e Prindit/Kujdestarit: _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____

Numrat e Kontaktit për Emergjencë Numri më i mirë për kontakt: _____ Tel. i shtëpisë: _____ Nr. i celularit: _____

Emri i Kontaktit Alternativ për Emergjencë: _____ Marrëdhënia me Nxënësin: _____ Numri i Telefonit për Kontakt: _____



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