

الطلبات المكتوبة سيتم تنفيذها عند تقديمها والموافقة عليها. إذا رغبت في بدء تنفيذ الطلب في سبتمبر/أيلول 2025، يرجى التعليم هنا

الاسم الأخير للتميز (5): _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس ذكر أنثى رقم تعريف التلميذ (OSIS): _____

رقم (ATSDBN)/ اسم المدرسة: _____ العنوان: _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____ الصف/الفصل: _____

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Section A: Diagnosis

A1. Diagnosis

Diabetes Mellitus Type 1 Type 2 Other: _____ Dx Date ____/____/____

A2. Recent A1c

Date ____/____/____ Result: ____ . ____ (%)

SECTION B: Emergency Orders

B1. Severe Hypoglycemia

ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911

- Glucagon** 1 mg SC/IM 0.5 mg SC/IM
GVOKE 1 mg SC/IM 0.5 mg SC/IM
Baqsimi 3 mg Intranasal
Zegalogue 0.6 mg SC
May repeat in 15 min
PRN

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN IF bG is Unknown. Turn onto left side to prevent aspiration and call 911 if more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.

B1. Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)

CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO, ALTERNED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES

- Test ketones if any of the following:
- vomiting
- fever ≥ 100.5 F
- bG $>$ _____ mg/dl for the
 FIRST **OR** SECOND time that day, ≥ 2 hrs apart
- If ketones small or trace, give water, re-test ketones & bG in 2 or _____ hrs
If ketones moderate or large, give water, call
 Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid acting insulin
 NO GYM

SECTION C: Glucose Monitoring

C1. Glucose Monitoring Times

- PRN
 Breakfast
 Lunch
 Snack
 Gym
 Dismissal
 No bG monitoring

C2. Continuous Glucose Monitor Use
(Must complete Section G)

- Use CGM readings for glucose monitoring
 Use CGM readings for insulin dosing
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.

SECTION D: Skill Level (If incomplete or attestation not initiated, default is nurse dependent)

D.1 Glucose Monitoring

-

D2. Insulin Calculation & Administration

-

Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration only nurses or supervised/independent students may calculate/administer insulin

Nurse dependent: Nurse or trained staff must perform
Supervised: Student to perform with adult supervision
Independent: Student carries supplies & self-administers
FOR INDEPENDENT MEDICATION ADMINISTRATION: I attest

Provider Initials _____

SECTION E: Glucose Monitoring Parameters

E1. Hypoglycemia (Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders)

E1a. Oral Hypoglycemia Treatment

- For bG $<$ 70 mg/dl or $<$ _____ mg/dl, give 15 g or _____ g rapid carbs at PRN and Breakfast Lunch Snack Gym Dismissal
Recheck bG in 15 or _____ min until bG $>$ 70 mg/dl or _____ mg/dl

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

E1b. Pre-Gym Hypoglycemia Orders

- For bG $<$ _____ mg/dl, no gym
 For bG $<$ _____ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack*
 For bG $<$ _____ mg/dl, give uncovered snack*

E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders

- For bG $<$ _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give _____ g carb snack before dismissed
 For bG $<$ _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up

*Snacks provided by staff will be between 15-25 g carbs unless otherwise specified in Section I: Other Orders

E2. Hyperglycemia

- For bG $>$ _____ mg/dl pre-gym, no gym and check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2)
 For bG $>$ _____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid acting insulin

bG "HI" reading = 500 mg/dl or _____ mg/dl

SECTION F: Insulin Orders

F1. Insulin Name

- _____ No insulin in school
*May substitute Novolog with Admelog/Humalog

F5. Insulin Calculation Methods

F5a. Correction Dose Using: ISF Sliding Scale

F5b. Carb Coverage Using: I:C Sliding Scale Fixed Dose

F5c. Insulin Dosing for Meals:

	Meal		
	Breakfast	Lunch	Snack
Insulin Dose			
Carb Coverage Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correction Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6. Insulin Dose Calculation Ratios

Times will be 7am – 4pm if not specified

F6a. Target bG

_____ mg/dl from time _____ to _____

F6b. Insulin Sensitivity Factor (ISF)

1 unit decreases bG by:

_____ mg/dl from time _____ to _____

_____ mg/dl from time _____ to _____

F6c. Insulin:Carb Ratio (I:C)

Time _____ to _____ **OR** Breakfast

1 unit per _____ g carbs

Time _____ to _____ **OR** Lunch

1 unit per _____ g carbs

Time _____ to _____ **OR** Snack

1 unit per _____ g carbs

If gym/recess is immediately following meal, subtract _____ g carbs from meal carb calculation

F3. Insulin Pump Orders

- Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump
 Follow pump recommendations for bolus doses
 Suspend/disconnect pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min
 Suspend/disconnect pump for gym
 Activity Mode: Start 60 min or _____ min prior to exercise until 120 min or _____ min after exercise

F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgement

- For bG $>$ _____ mg/dl that has not decreased in _____ hrs after correction, consider pump failure and notify parents
 For suspected pump failure/dislodgement, SUSPEND pump and give rapid acting insulin by syringe/pen
 For pump failure/dislodgement, only give correction dose if $>$ _____ hrs since last rapid acting insulin
 In the setting of pump failure/dislodgement, do not use the pump to calculate insulin correction doses

When carb coverage and correction doses are given at the same time, correction dose will be added when bG $>$ target **and** ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid acting insulin unless otherwise specified

F5d. Exceptions to Pre-Food Insulin Administration

- If bG $>$ _____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal
 Give insulin after: Breakfast Lunch Snack

Carb Coverage using I:C

$\frac{\# \text{ g carb in meal}}{\text{I:C}} = X$ units insulin

Correction using ISF

$\frac{\text{bG} - \text{target bG}}{\text{ISF}} = Y$ units insulin

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.

الاسم الأخير للتمييز(ة): _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____

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		F7b. Carb Coverage PLUS Correction Dose	
bG (mg/dl)	Units	bG (mg/dl)	Units
Zero -	0	Zero -	0
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	

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 <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 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.

سم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس ذكر أنثى رقم تعريف التلميذ(ة) (OSIS): _____
رقم (ATSDBN)/ اسم المدرسة: _____ العنوان: _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____ الصف/ الفصل: _____

السادة الآباء وأولياء الأمور: قوموا بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يقوم الممرض(ة)/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بإعطاء الدواء الموصوف لطفلي، وأن يقوم الممرض(ة)/الموظفون المدربون/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بفحص مستوى السكر في دم طفلي ومعالجة انخفاض مستوى السكر في الدم وفقاً للتعليمات ومستوى المهارة الذي حدده مقدم(ة) الرعاية الصحية لطفلي. وقد يتم ذلك على أرض المدرسة أو خلال الرحلات المدرسية.
- أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أي معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب علي أن أقدم للممرض(ة) المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) الأدوية التي يستخدمها طفلي، ووجبات خفيفة، والمعدات، واللوازم، ويجب علي تغيير تلك الأدوية والوجبات الخفيفة والمعدات واللوازم عند الحاجة. يوصي مكتب الصحة المدرسية (OSH) باستخدام مستلزمات أمنة لقياس السكر في الدم وغيرها من الإبر والأجهزة الأمنة لفحص مستويات سكر الدم لدى طفلي وتقديم الانسولين.
 - أوافق على أن يحمل طفلي أدويته/مستلزماته ويخزنها في المدرسة وأثناء الرحلات وفقاً لما تم الاتفاق عليه في اجتماع الخطة 504 الخاصة به.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العلبة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العلبة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، و(2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و(3) اسم مقدم خدمة الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يتم تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أي إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً بأي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات مقدم(ة) الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أرخص لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بداء السكري لطفلي. هذه الخدمات قد تتضمن تقديماً أكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف مقدم(ة) خدمة الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH) أو الممرض(ة).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة إعطاء الدواء (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة إعطاء الدواء (MAF) جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرض(ة) طفلي المدرسية/مقدم(ة) الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - يتأكد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) من قدرة طفلي على اختبار نسبة السكر في دمه بأمان.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلبي للحصول على خدمات السكري الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات للتلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي مقدم للرعاية الصحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

ملحوظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

الخط الساخن للآباء بمكتب الصحة المدرسية (OSH) للأسئلة حول استمارة إعطاء دواء السكري (DMAF): 718-786-4933

للاستخدام الذاتي للأدوية و/أو الإجراءات (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/أؤكد أن طفلي قد تلقى التدريب الكامل وأنه قادر على تناول الدواء و/أو تنفيذ الإجراءات بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. سيؤكد ممرض(ة) المدرسة أو مقدمو خدمة الرعاية الصحية بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه لنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرض(ة) المدرسة أو موظفي المدرسة المدرسين بإعطاء طفلي الجلوكاجون إذا وصفه مقدم(ة) الرعاية الصحية، إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء وتناوله.

يوقع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر أدناه

اسم الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر بخط واضح: _____ توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر على الجزأين (أ) و(ب): _____ التاريخ: _____

عنوان منزل الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____

أرقام الاتصال في حالات الطوارئ أفضل رقم للاتصال: _____ رقم هاتف المنزل: _____ رقم الهاتف المحمول: _____

اسم شخص بديل للاتصال في حالات الطوارئ: _____ صلة القرابة بالتلميذ(ة): _____ صلة القرابة بالوالد(ة): _____

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس ذكر أنثى رقم تعريف التلميذ(ة) (OSIS): _____
رقم (ATSDBN)/ اسم المدرسة: _____ العنوان: _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____ الصف/ الفصل: _____

Change Blood Glucose (bG)/Sensor Glucose (sG) Monitoring Times:

- PRN Breakfast Lunch Snack Gym Dismissal
 Discontinue all bG/sG monitoring at school, including PRN instructions

Change CGM Brand/Model: Name: _____ Use attached CGM grid

Change Insulin Dosing:

- Discontinue all rapid acting insulin in school, including instructions to give correction doses PRN or in the setting of ketosis
 Discontinue sliding scale(s), use ratios below

Change target blood glucose to:

_____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

_____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

Change insulin sensitivity factor (ISF) to:

1: _____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

1: _____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

Change insulin to carbohydrate ratio (I:C) to:

1: _____ g from _____ AM/PM until _____ AM/PM or at Breakfast Lunch Snack

1: _____ g from _____ AM/PM until _____ AM/PM or at Breakfast Lunch Snack

Change long-acting insulin at school: Name: _____ Dose: _____ units Time: _____ **OR** pre-lunch

Other Orders

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.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس ذكر أنثى رقم تعريف التلميذ(ة) (OSIS): _____
رقم (ATSDBN)/ اسم المدرسة: _____ العنوان: _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____ الصف/ الفصل: _____

These orders must be submitted with Parts A and B of the SY 25-26 DMAF. The iLet pump does not deliver correction dose boluses or use carb ratios. If you would like the school nurse to use the iLet pump, you must provide carbohydrate ranges for “less”, “usual”, and “more” carbohydrates or select one option the nurse should use for each meal.

GLUCOSE TARGET

Usual (120 mg/dl) or Lower (110 mg/dl) Higher (130 mg/dl)

MEAL ANNOUNCEMENTS

- Minimum carbohydrate content to announce meal or snack: 15 g or _____ g carbs
 Use selected meal size regardless of how many carbs the student is eating **Select meal size based on carbohydrate content in meal.** You may use large ranges, e.g., 15-100 g carbs

Meal Type	Meal Size			OR	Meal Type	Meal Size Carbohydrate Range (g)		
	Less*	Usual	More			Less*	Usual	More
Breakfast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Breakfast	-	-	-
Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lunch	-	-	-

* If the “Less” option is not available, do not announce the meal/snack

Announce snacks as:

- “Less” lunch
 “Less” breakfast
 Closest meal in time
 Closest meal based on usual carb content (must give range of carbs above)
 Other: _____
 Do not announce snacks

General iLet Insulin Pump Orders

- Do not announce meals more than 15 min or _____ min prior to eating.
 Do not announce meals if it has been more than 30 min or _____ min since the student started eating.
 If the student eats more carbohydrates after a meal announcement, announce again for the additional carbs. Only consider the amount of additional carbs when choosing the additional meal size; do not include carbs that were already announced.

ACTIVITY PARAMETERS

- Disconnect pump 60 min or _____ min before starting activity and reconnect immediately or _____ min after activity
 If lunch is immediately before activity, do not disconnect pump until activity starts
 After disconnecting pump for activity, give _____ g of uncovered carbs pre-activity if bG < _____ mg/dl
 Do not disconnect pump or give uncovered carbohydrates prior to activity

PUMP FAILURE ORDERS

In the event of iLet pump failure, contact parent/endocrinologist/provider for dosing instructions or use the following ratios to deliver insulin via syringe/pen.

Target bG = _____ mg/dl
 ISF 1: _____ mg/dl
 I:C 1: _____ g

Other Orders

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

