

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন

লিখিত নির্দেশাবলী জমা দেয়া ও অনুমোদিত হওয়ার পর বাস্তবায়ন করা হবে। আপনি যদি 2025-এর সেপ্টেম্বর থেকে নির্দেশাবলী বাস্তবায়ন শুরু করতে চান, তবে অনুগ্রহ করে এখানে দেখুন। □

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: _____ লিঙ্গ ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS#: _____
 স্কুলের ATSDBN / নাম: _____ ঠিকানা: _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____ গ্রেড/ক্লাস: _____

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

☐ For bG < ____ mg/dl, give ____ g rapid carbs at
☐ PRN ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal
 Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > ____ 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-Dismisal 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	☐	☐	☐
Correction Dose	☐	☐	☐

F6. Insulin Dose Calculation Ratios

Times will be 7am – 4pm if not specified

F6a. Target bG

____ mg/dl from time ____ to ____

____ 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

F2. Insulin Delivery Method

☐ Syringe/Pen ☐ Smart Pen - use pen suggestions
☐ Pump (Brand) *If left blank, will use syringe/pen

*For iLet, must complete iLet Pump Orders Form

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

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

Correction using ISF

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

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.

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: _____ 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.

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: _____ লিঙ্গ ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS#: _____
স্কুলের ATSDBN / নাম: _____ ঠিকানা: _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____ থ্রেড/ক্লাস: _____

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 কেন্দ্রের (স্কুল বেজড হেলথ সেন্টার, SBHC) সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবেন, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ/SBHC প্রদানকারী ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবেন, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্লাড সুগারের পরিচর্যা করবেন নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবেন আমার সন্তানের 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 জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীকে আমার সন্তানের ঔষধ, ম্যাকস, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সামগ্রী প্রদান করবো এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে সেগুলো, যেমন ঔষধ, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সামগ্রী পুনরায় সরবরাহ করতে হবে। অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) আমার সন্তানের ব্লাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনসুলিন দিতে সেফটি ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল (নিরাপদ সূচ) ডিভাইস ও সরবরাহ ব্যবহারের পরামর্শ দেয়।
 - আমি আমার সন্তানের 504 মিটিংয়ে যেভাবে রূপরেখা করা হয়েছে সেভাবে স্কুলে এবং ট্রিপগুলোতে তাকে ঔষধপত্র/সাপ্লাই বহন করতে এবং সংরক্ষণ করার সম্মতি দিচ্ছি।
 - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার” (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছে, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মেসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: **1)** আমার সন্তানের নাম, **2)** ফার্মেসির নাম এবং ফোন নম্বর, **3)** আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, **4)** তারিখ, **5)** রিফিলের সংখ্যা, **6)** ঔষধের নাম, **7)** সেবনের পরিমাণ (ডোজ), **8)** কখন ঔষধ নিতে হবে, **9)** কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং **10)** অন্য যেকোনো নির্দেশনা।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনো পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
 - আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট OSH এবং এর এজেন্টরা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটিতে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি OSH-কে আমার সন্তানের ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা একটি ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনার মেয়াদ উত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF প্রদান করবো।
 - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করবে।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্ম ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে, এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যানও (শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল 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 সেবন এবং/অথবা পদ্ধতিসমূহের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান ঔষধ গ্রহণে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই সেবন করতে এবং/অথবা পদক্ষেপগুলো সম্পন্ন করতে পারে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বাক্স 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।
- আমার সন্তানকে তার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী গ্লুকাগন প্রদানের জন্য ব্যবস্থাপত্র প্রদান করলে এবং আমার সন্তান যদি সাময়িকভাবে তার ঔষধ বহন ও সেবন করতে অপারগ হয়, তাহলে আমি স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীদেরকে সেটা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি।

পিতামাতা / অভিভাবক নিচে স্বাক্ষর করবেন

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম, ইংরেজি বড় অক্ষরে: _____ **পার্ট A এবং B-এর জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:** _____ তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগের নম্বরসমূহ যোগাযোগের প্রাথমিক টেলিফোন নম্বর: _____ বাড়ির টেলিফোন নম্বর: _____ সেল ফোন নম্বর: _____

জরুরি অবস্থায় যোগাযোগে বিকল্প ব্যক্তির নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ টেলিফোন নম্বর: _____



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