Bureau de la santé scolaire

Formulaire d'administration de médicaments contre le diabète

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Année scolaire 2025-2026

Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Les prescriptions des professionnels de santé seront mises en place lorsqu'elles auront été soumises et approuvées. Si vous souhaitez que la mise en place commence en septembre 2025, cochez cette case☐

Nom de famille de **l'élève** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe ☐ M ☐ F NºOSIS : _____

DBN ATS/nom de l'**école** : _____ Adresse :_____ Borough :_____ District : _____Grade/classe : _____

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	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1 mg SC/IM	☐ 1 mg SC/IM	☐ 3 mg Intranasal	☐ 0.6 mg SC
☐ 0.5 mg SC/IM	☐ 0.5 mg SC/IM		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	C2. Continuous Glucose Monitor Use *(Must complete Section G)*
☐ PRN	☐ Use CGM readings for glucose monitoring
☐ Breakfast	☐ Use CGM readings for insulin dosing
☐ Lunch	**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.**
☐ Snack	
☐ Gym	
☐ Dismissal	
☐ No bG monitoring	

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

D.1 Glucose Monitoring	D2. Insulin Calculation & Administration
☐	☐
☐	☐
☐	☐

_____
Provider Initials

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

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-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*

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

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		
Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack
Carb Coverage Dose	☐	☐	☐
Correction Dose	☐	☐	☐

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

$\frac{\text{bG – target bG}}{\text{ISF}}$ = 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 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.

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

Bureau
de la santé scolaire

Formulaire d'administration de médicaments contre le diabète
Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Année scolaire 2025-2026
Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ NºOSIS : _____

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.

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

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
	-			
	-			
	-			

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.

Bureau
de la santé scolaire

Formulaire d'administration de médicaments contre le diabète
Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Année scolaire 2025-2026
Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de **l'élève** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe ☐ M ☐ F NºOSIS : _____
DBN ATS/nom de l'**école** : _____ Adresse :_____ Borough :_____ District : _____Grade/classe : _____

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTE CE QUI SUIT :

1. J'autorise le personnel infirmier/le centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) à administrer à mon enfant les médicaments prescrits, et le personnel infirmier/le personnel formé/le prestataire SBHC à vérifier sa glycémie et à traiter son hypoglycémie, selon les instructions et le niveau de compétences déterminés par son médecin. Ces mesures peuvent avoir lieu à l'école ou lors de sorties scolaires.
2. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
3. Je comprends ce qui suit :
    - Je dois donner au personnel infirmier scolaire/au prestataire SBHC les médicaments, les snacks, les équipements et le matériel de mon enfant et je dois les remplacer si nécessaire. Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OHS) recommande l'utilisation de lancettes de sécurité et d'autres matériels et fournitures d'aiguilles de sécurité pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline.
    - Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve ses médicaments/fournitures à l'école et lors de ses sorties, comme indiqué lors de la réunion de la Section 504.
    - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.
        - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : **1)** le nom de mon enfant, **2)** le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, **3)** le nom de son médecin, **4)** la date, **5)** le nombre de renouvellements, **6)** le nom du médicament, **7)** la posologie, **8)** quand prendre le médicament, **9)** le mode d'administration du médicament et **10)** toute autre instruction.
    - Je dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/le prestataire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
    - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
    - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser à mon enfant des services de santé pour traiter le diabète. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou le personnel infirmier de l'OSH.
    - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF au personnel infirmier scolaire/au prestataire SBHC (selon l'événement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai au personnel infirmier scolaire de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin.
    - L'OSH et le Département de l'Éducation (Department of Education - DOE) s'assurent que mon enfant contrôle sa glycémie en toute sécurité.
    - Ce formulaire représente mon autorisation et ma demande pour les services décrits pour traiter le diabète, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagement scolaire. Ce plan sera mis en place par l'école.
    - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, du personnel infirmier ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Assistance téléphonique de l'OSH pour les parents concernant toute question sur le Formulaire d'administration de médicaments contre le diabète (DMAF) : 718-786-4933

POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET/OU DE PROCÉDURES (ÉLÈVES AUTONOMES UNIQUEMENT) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a reçu une formation complète et qu'il ou elle peut prendre son médicament et/ou effectuer des procédures en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie à l'école et lors des sorties le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. Le personnel infirmier scolaire ou les prestataires SBHC attesteront de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer en toute autonomie. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est lisible.
- J'accepte que le personnel infirmier scolaire ou tout membre du personnel formé administre le Glucagon à mon enfant s'il lui est prescrit par son prestataire de soins de santé et si mon enfant est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer en toute autonomie.

PARTIE À SIGNER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

Nom en majuscules du parent/tuteur/de la tutrice :_____ **Signature du parent/tuteur/de la tutrice pour les parties A & B :**
_____ Date (MM/JJ/AAAA) : _____

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Nº du contact d'urgence Meilleur numéro de contact : _____ Tél. (dom.) : _____ Tél. port. : _____
Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____ Lien avec l'élève :_____ Tél. : _____

Bureau
de la santé scolaire

Formulaire d'administration de médicaments contre le diabète
Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Année scolaire 2025-2026
Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de **l'élève** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe ☐ M ☐ F NºOSIS : _____
DBN ATS/nom de l'**école** : _____ Adresse :_____ Borough :_____ District : _____Grade/classe : _____

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.

Bureau
de la santé scolaire

Formulaire d'administration de médicaments contre le diabète
Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Année scolaire 2025-2026
Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de l'élève : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe** ☐ **M** ☐ **F** **NºOSIS :** _____
DBN ATS/nom de l'**école** : _____ Adresse :_____ Borough :_____ District : _____Grade/classe : _____

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

Meal Type	Meal Size Less*	Usual	More
Breakfast	☐	☐	☐
Lunch	☐	☐	☐

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

OR

☐ **Select meal size based on carbohydrate content** in meal. You may use large ranges, e.g., 15-100 g carbs

Meal Type	Meal Size Carbohydrate Range (g) Less*	Usual	More
Breakfast	–	–	–
Lunch	–	–	–

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