

Предписания будут выполнены после подачи и утверждения. Чтобы начать выполнение предписания с сентября 2025 г., поставьте отметку здесь ☐

Учащийся. Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____ Пол: ☐ М ☐ Ж Номер OSIS: _____

Школа. ATSDBN / Название: _____ Адрес: _____ Район: _____ Округ: _____ Уч. уровень/Класс _____

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-D 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	☐	☐	☐
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

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

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 $\frac{1}{2}$ 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.

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

Учащийся. Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____ Номер 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.

Учащийся. Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____ Пол: ☐ М ☐ Ж Номер OSIS: _____
Школа. ATSDBN / Название: _____ Адрес: _____ Район: _____ Округ: _____ Уч. уровень/Класс: _____

**УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ И ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ.
Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:**

1. Разрешаю школьной медсестре/школьному центру здоровья (school based health center, SBHC) выдавать моему ребенку рецептурные лекарственные препараты; разрешаю медсестре/подготовленному сотруднику школы/SBHC измерять уровень сахара в крови ребенка и принимать меры для нормализации уровня сахара в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и определенными им уровнем подготовки медсестры/сотрудника. Эти действия можно производить на территории школы и во время школьных экскурсий.
2. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
3. Мне известно следующее:
 - Мне требуется предоставить школьной медсестре/SBHC лекарственные препараты, снеки, средства и принадлежности для введения препарата, а также по мере необходимости предоставлять новые препараты, снеки, средства и принадлежности на замену. Отдел школьного здравоохранения (OSH) рекомендует использование безопасных ланцетов и других устройств с безопасными иглами для контроля уровня глюкозы и введения инсулина.
 - Я даю согласие на то, чтобы мой ребенок имел при себе и хранил лекарство, медицинские принадлежности в школе и во время школьных экскурсий в соответствии с решениями, принятыми на заседании группы 504.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.
 - Рецептное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой. Этикетка должна содержать следующее: **1)** имя и фамилия ребенка, **2)** название и телефон аптеки, **3)** имя и фамилия врача ребенка, **4)** дата, **5)** число повторных заказов, **6)** название препарата, **7)** доза, **8)** время приема, **9)** способ применения и **10)** другие инструкции.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю OSH согласие на предоставление ребенку медицинских услуг, связанных с лечением диабета. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проверки уровня сахара в крови.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению диабета и может быть направлена напрямую в OSH. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

ПРИМЕЧАНИЕ. Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Горячая линия OSH для родителей по вопросам, связанным с Запросом на выдачу диабетических препаратов (DMAF): 718-786-4933

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ/ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство/проводить медицинские процедуры самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC должны удостоверить способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- В случае временной утраты ребенком способности хранить и самостоятельно принимать назначенный врачом глюкагон, я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком этого препарата.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

Имя и фамилия роль родителя/опекуна (печатными буквами): _____

Подпись родителя/опекуна под частями A & B: _____ Дата: _____

Адрес родителя/опекуна: _____ Имейл: _____

Телефоны срочной связи: предпочтительный: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____



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