Відділ шкільної охорони здоров'я

Форма запиту на видачу або введення протидіабетичних препаратів

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | 2025-26 навчальний рік

надсилайте всі форми постачальника медичних послуг про призначення протидіабетичних препаратів (DMAF) факсом на номер 347-396-8932/8945.

Письмові призначення будуть виконані після їх подання та схвалення. Якщо ви бажаєте розпочати виконання призначення у вересні 2025 року, будь ласка, перевірте тут. ☐

Прізвище **учня**: _____ Ім'я: _____ Дата народження: _____ Стать ☐ Ч ☐ Ж Номер OSIS: _____

Номер школи в ATSDBN / назва: _____ Адреса:_____ Район:_____ Округ: _____ Клас/група: _____

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
- ☐ 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
☐	☐
☐	☐
☐	☐

_____
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:

Insulin Dose	Meal: 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

Відділ шкільної охорони здоров'я

Форма запиту на видачу або введення протидіабетичних препаратів

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | 2025-26 навчальний рік

надсилайте всі форми постачальника медичних послуг про призначення протидіабетичних препаратів (DMAF) факсом на номер 347-396-8932/8945.

Прізвище **учня**: _____ Ім'я: _____ Дата народження: _____ **№ 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.

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.

Відділ шкільної охорони здоров'я

Форма запиту на видачу або введення протидіабетичних препаратів

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | 2025-26 навчальний рік

надсилайте всі форми постачальника медичних послуг про призначення протидіабетичних препаратів (DMAF) факсом на номер 347-396-8932/8945.

Прізвище **учня**: _____ Ім'я: _____ Дата народження: _____ Стать ☐ Ч ☐ Ж Номер OSIS: _____

Номер школи в ATSDBN / назва: _____ Адреса:_____ Район:_____ Округ: _____ Клас/група: _____

БАТЬКИ ТА ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШІТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

1. Я даю згоду медсестрі/шкільного медичному центру (SBHC) на видачу моїй дитині призначених препаратів, а також медсестрі/кваліфікованому персоналу/працівнику SBHC на перевірку рівня цукру в крові та лікування гіпоглікемії відповідно до вказівок та рівнів кваліфікації, визначених надавачем медичних послуг моєї дитини. Ці дії можуть бути здійснені на території школи або під час шкільних екскурсій.
2. Я також даю згоду на зберігання та використання в школі будь-якого обладнання, необхідного для приймання препаратів моєю дитиною.
3. Я розумію, що:
   - Мені необхідно надати шкільній медсестрі/працівнику SBHC препарати, перекуски, обладнання та приладдя моєї дитини, а також замінити такі препарати, перекуски, обладнання та приладдя у разі потреби. Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) рекомендує використовувати безпечні ланцети та інші безпечні голки і приладдя для контролю рівня цукру в крові моєї дитини та введення інсуліну.
   - Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати відповідно до рішень, прийнятих на засіданні групи 504.
   - Всі рецептурні та безрецептурні препарати, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності. Я надам школі призначені станом на зараз, не прострочені препарати для використання моєю дитиною під час шкільних занять.
     - Рецептурні препарати мають містити оригінальну аптечну етикетку на коробці або флаконі. Етикетка має містити: **1)** ім'я моєї дитини, **2)** назву аптеки та номер телефону, **3)** ім'я лікаря моєї дитини, **4) дату** , **5)** кількість повторних призначень, **6)** назву препаратів, **7)** дозування, **8)** час приймання препаратів, **9)** спосіб приймання препаратів та **10)** будь-які інші вказівки.
   - Я **негайно** повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
   - Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
   - Підписуючи цю форму запиту на видачу або введення лікувальних препаратів (MAF), я уповноважую OSH надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
   - Термін дії рецепта на препарати, зазначеного в цій формі MAF, закінчується наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі/працівнику SBHC нової форми MAF (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надам шкільній медсестрі/лікарю SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
   - Служба охорони праці та Департамент освіти забезпечують, щоб моя дитина могла безпечно контролювати рівень цукру в крові.
   - Ця форма становить мою згоду та запит на надання послуг, пов'язаних з лікуванням діабету, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Ця форма не є угодою з OSH на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan). Цей план складає школа.
   - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестр та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. OSH має право отримати цю інформацію від будь-якого лікаря, медсестри або фармацевта, які надавали медичні послуги моїй дитині.

ПРИМІТКА: Бажано, щоб у дні шкільних екскурсій та позашкільних заходів ви забезпечували дитину препаратами та засобами їх введення.

Гаряча лінія OSH для батьків з питань, пов'язаних із цією формою запиту на видачу або введення протидіабетичних препаратів (DMAF): 718-786-4933

ЩОДО САМОСТІЙНОГО ВВЕДЕННЯ препаратів ТА/АБО ВИКОНАННЯ МЕДИЧНИХ ПРОЦЕДУР (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може приймати препарати/проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівники SBHC підтвердять, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів в упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.
- У разі тимчасової втрати дитиною здатності мати при собі та самостійно приймати призначений лікарем глюкагон, я дозволяю шкільній медсестрі або співробітникам школи, що пройшли відповідну підготовку, забезпечити приймання дитиною цього препарату.

ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ/ОПІКУНА

Ім'я батька/матері/опікуна (друкованими літерами):_____ **Підпис батька/матері/опікуна під частинами А та Б:** _____ Дата: _____

Адреса батька/матері/опікуна: _____ Адреса електронної пошти батька/матері/опікуна: _____

Номери телефонів для екстрених випадків Бажаний номер телефону для зв'язку: _____ домашній: _____ мобільний: _____

Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках: _____ Спорідненість з учнем:_____ Контактний 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