

تحریر کردہ آرڈرز کا اطلاق جمع کروا دینے اور منظور ہوجانے کے بعد کیا جائے گا۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ آرڈر کا اطلاق کا آغاز ستمبر 2025 سے کیا جائے تو برائے مہربانی یہاں کلک کریں۔  
 طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ جنس:  لڑکا  لڑکی OSIS #: \_\_\_\_\_  
 اسکول کا نام: \_\_\_\_\_ / ATSDBN نام: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_ گریڈ/کلاس: \_\_\_\_\_

**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  $\geq 100.5$  F  
 - bG  $>$  \_\_\_\_\_ mg/dl for the  
 FIRST **OR**  SECOND  
 time that day,  $\geq 2$  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  $\geq 2$  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 dismissal  
 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  $\geq 2$  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:**

Insulin Dose	Meal		
	Breakfast	Lunch	Snack
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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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**  $\geq 2$  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**

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

**Correction using ISF**

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

**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.

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

**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	<input type="checkbox"/> Breakfast
-	-	<input type="checkbox"/> Lunch
-	-	<input type="checkbox"/> Snack
-	-	<input type="checkbox"/> 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	<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 judgement  
 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.

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ جنس  لڑکا  لڑکی OSIS #: \_\_\_\_\_  
اسکول کا ATSDBN نام: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_ گریڈ/کلاس: \_\_\_\_\_  
والدین اور سرپرست: پڑھ کر مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اس بات پر رضا مند ہوں کہ نرس/اسکول میں قائم صحت کے مرکز (SBHC) کا فراہم کنندہ میرے بچے کی تجویز کردہ دوا ہے، اور نرس/تربیت یافتہ عملہ SBHC فراہم کنندہ ان کی خون کی شکر کی مقدار چیک کرے اور ان کی خون کی شکر میں کمی کا علاج کرے جو میرے بچے کے صحت کی دیکھ بھال کرنے والے فراہم کنندہ کی ہدایات اور مہارت کی سطح کے مطابق ہو۔ یہ اقدامات اسکول کے احاطے میں یا اسکول کے دوروں کے دوران کیے جا سکتے ہیں۔
2. میں اپنے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی قسم کے آلات کو اسکول میں ذخیرہ اور استعمال کرنے کی اجازت بھی دیتا ہوں۔
3. میں آگاہ ہوں کہ:

- مجھے اسکول کی نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا، سنیکس، آلات اور متعلقہ اشیاء فراہم کرنا ہوں گی اور مجھے ضرورت کے مطابق ان ادویات، سنیکس، آلات اور متعلقہ اشیاء کو بدلنا بھی ہوگا۔ اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کے خون میں شوگر کی مقدار کی جانچ کرنے اور انسولین دینے کے لیے محفوظ نیشر (سیفی لینیسٹ) اور دیگر محفوظ سوئی کے آلات اور سامان استعمال کرنا تجویز کرتا ہے۔
- "میں اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ میرا بچہ اپنی دوا/متعلقہ اشیاء اسکول میں اور دوروں کے دوران اپنے 504 اجلاس میں بیان کردہ طریقے سے لے کر جائے اور محفوظ کرے۔ تمام تجویز کردہ اور 'کاؤنٹر ڈسٹیاب' دوا جو میں اسکول کو فراہم کروں گا، وہ نئی، مہربند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی چاہیے۔ میں اسکول کو اپنے بچے کے اسکول کے دنوں کے دوران استعمال کے لیے موجودہ اور غیر معیاد شدہ دوا فراہم کروں گا۔
- نسخہ والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر شامل ہونا ضروری ہے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے معالج کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک (8) دوا کب لینی ہے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
- "مجھے اپنے بچے کی دوا یا طبی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں فوراً اسکول کی نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اطلاع دینا ہوگی۔
- OSH اور اس کے وہ نمائندے جو میرے بچے کو درج بالا صحت کی خدمات فراہم کر رہے ہیں، اس فارم میں دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ان ادویات کو دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے میں OSH کو اپنے بچے کی ذیابیطس سے متعلقہ صحتی نگہداشت خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں ایک کلینیکل معائنہ یا OSH کے طبی نگہداشت فراہم کنندگان یا نرس کے ذریعے جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے، لیکن یہ ان تک محدود نہیں۔
- "اس MAF میں دی گئی دوا کی ہدایت میرے بچے کے تعلیمی سال کے اختتام پر، جس میں گرمیوں کا سیشن بھی شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول کی نرس/SBHC فراہم کنندہ کو نیا MAF دوں (جو بھی پہلے ہو)، ختم ہو جائے گی۔ جب یہ دوا کا آرڈر ختم ہو جائے گا، تو میں اپنے بچے کے طبی نگہداشت کنندہ کی جانب سے تحریر کردہ نئے MAF کو اپنے بچے کی اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو دوں گا۔
- OSH اور محکمہ تعلیم (DOE) اس بات کو یقینی بنانے میں ہیں کہ میرا بچہ محفوظ طریقے سے اپنی خون کی شکر کی مقدار کی جانچ کر سکے۔
- یہ فارم میری رضامندی اور اس فارم میں بیان کی گئی ذیابیطس سے متعلق خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہ راست OSH کو بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ "اگر OSH ان خدمات کی فراہمی کا فیصلہ کرتا ہے، تو میرے بچے کو طالب علم سہولت منصوبے کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- اپنے بچے کی دیکھ بھال یا علاج کی غرض سے، OSH میرے بچے کی طبی حالت، دوا، یا علاج سے متعلق کوئی بھی ایسی معلومات حاصل کر سکتا ہے جیسے وہ ضروری سمجھتا ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت فراہم کنندگان، نرس، یا فارماسسٹ سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت کی خدمات فراہم کی ہوں۔

نوٹ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

ذیابیطس کی ادویات دینے کا فارم (DMAF) کے بارے میں والدین کے سوالات کے لیے OSH ہاٹ لائن: 718-786-4933

خود دوا کھانے اور / یا طریقہ کار پر عمل کرنے کے لیے (صرف خودمختار طلباء کے لیے):

- میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل طور پر تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے دوا لے سکتا اور / یا مطلوبہ طبی طریقہ کار انجام دے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوائیوں کو اسکول اور دوروں پر لائے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا کے استعمال کی نگرانی کرنے اور اسکول میں اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی خود ذمہ دار ہوں۔ اسکول کی نرس یا SBHC فراہم کنندگان میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود دینے کی صلاحیت کی تصدیق کریں گے۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "اضافی ذخیرہ" (بیک اپ) دوں گا۔
- میں اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور لینے کے قابل نہ ہو تو اسکول کی نرس یا تربیت یافتہ اسکول کا عملہ میرے بچے کو گلوکاگون دے، اگر یہ ان کے معالج کی طرف سے تجویز کیا گیا ہو۔

والدین / سرپرست ذیل میں دستخط کریں

جلی حروف میں والدین/سرپرست کا نام: \_\_\_\_\_ والدین/سرپرست کے دستخط حصہ A اور B کے لیے: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_ والدین/سرپرست کا ای میل: \_\_\_\_\_

ہنگامی صورت میں رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ بہترین رابطہ ٹیلی فون نمبر: \_\_\_\_\_ گھر کا فون نمبر: \_\_\_\_\_ سیل فون نمبر: \_\_\_\_\_

ہنگامی حالات میں متبادل رابطے کا نام: \_\_\_\_\_ طالب علم سے رشتہ: \_\_\_\_\_ رابطہ فون نمبر: \_\_\_\_\_

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ جنس  لڑکا  لڑکی OSIS #: \_\_\_\_\_  
 اسکول کا ATSDBN نام: \_\_\_\_\_ ہتھ: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_ گریڈ/کلاس: \_\_\_\_\_

**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.**

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ جنس  لڑکا  لڑکی OSIS #: \_\_\_\_\_  
 اسکول کا ATSDBN / نام: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_ گریڈ/کلاس: \_\_\_\_\_

**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			<u>OR</u>	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

