

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: _____ 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 ≥ 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 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 ≥ 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

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

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 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

تاریخ پیدائش: _____

پہلا نام: _____ طالب علم کا آخری نام: _____

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 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:

- 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 دے، 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۔
- 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۔
- 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 نشتر (سیفی لینسٹ) 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 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 دون (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 بنائے 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 لانے، 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 گلوکگون 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: _____



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