

Formularët e dorëzuar pas datës 1 maj mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin Dërgoni me faks të gjitha formularët DMAF në 347-396-8932/8945 ose me email në OSHDMAF@health.nyc.gov

Urdhrrat e shkruara do të zbatohen sapo të dorëzohen dhe të miratohen. Nëse dëshironi që zbatimin e urdhrit të fillojë në shtator 2026, shënoni këtu

Mbiemri i nxënësit Emri	Ditëlindja	Gjinia <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	OSIS #
Shkolla ATSDBN / Emri Adresa	Bashkia	Distriktin	Klasa/klasa

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETES BELOW [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

SECTION A: Diagnosis

A1. Diagnosis Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Type 1 or <input type="checkbox"/> Type 2 or <input type="checkbox"/> Other: _____ Dx Date ____/____/____	A2. Recent A1c Date ____/____/____ Result ____ . ____ %
--	---

SECTION B: Emergency Orders

<p style="text-align: center;">B1. Severe Hypoglycemia ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;"> Glucagon <input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM </td> <td style="width:25%;"> GVOKE <input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC </td> <td style="width:25%;"> Baqsimi <input type="checkbox"/> 3mg Intranasal </td> <td style="width:25%;"> Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN </td> </tr> </table> <p>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.</p>	Glucagon <input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM	GVOKE <input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC	Baqsimi <input type="checkbox"/> 3mg Intranasal	Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN	<p style="text-align: center;">B2. Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO, ALTERED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES</p> <p>Test ketones if any of the following: • vomiting • fever ≥ 100.5 F • bG > _____ mg/dl for the <input type="checkbox"/> FIRST OR <input type="checkbox"/> SECOND time that day, ≥ 2 hrs apart</p> <p>If ketones small or trace, give water, re-test ketones & bG in 2 or _____ hrs If ketones moderate or large, give water, call parent and endocrinologist/provider and: <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6) <input type="checkbox"/> NO GYM OR PHYSICAL ACTIVITY</p>
Glucagon <input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM	GVOKE <input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC	Baqsimi <input type="checkbox"/> 3mg Intranasal	Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN		

<p style="text-align: center;">SECTION C: Skill Level (If incomplete or attestation not initialed, default is nurse dependent)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">C1. Glucose Monitoring PICK ONE</td> <td style="width:15%;">C2. Insulin Calculation & Administration PICK ONE</td> <td style="width:70%;"> Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration* *Only nurses or supervised/independent students may administer insulin </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nurse-Dependent: Nurse or trained staff must perform</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Supervised: Student to perform with adult supervision</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Independent: Student carries supplies & self-administers</td> </tr> </table> <p>FOR INDEPENDENT MEDICATION ADMINISTRATION: I attest that the independent student demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events.</p> <p>Provider Initials _____</p>	C1. Glucose Monitoring PICK ONE	C2. Insulin Calculation & Administration PICK ONE	Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration* *Only nurses or supervised/independent students may administer insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nurse-Dependent: Nurse or trained staff must perform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supervised: Student to perform with adult supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Independent: Student carries supplies & self-administers	<p style="text-align: center;">SECTION D: Glucose Monitoring</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> D1. Glucose Monitoring Times Monitor PRN and: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> Dismissal <input type="checkbox"/> No bG monitoring </td> <td style="width:50%;"> D2. Continuous Glucose Monitor Use (Must complete Section G) <input type="checkbox"/> Use CGM readings for glucose monitoring <input type="checkbox"/> 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. </td> </tr> </table>	D1. Glucose Monitoring Times Monitor PRN and: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> Dismissal <input type="checkbox"/> No bG monitoring	D2. Continuous Glucose Monitor Use (Must complete Section G) <input type="checkbox"/> Use CGM readings for glucose monitoring <input type="checkbox"/> 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.
C1. Glucose Monitoring PICK ONE	C2. Insulin Calculation & Administration PICK ONE	Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration* *Only nurses or supervised/independent students may administer insulin													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nurse-Dependent: Nurse or trained staff must perform													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supervised: Student to perform with adult supervision													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Independent: Student carries supplies & self-administers													
D1. Glucose Monitoring Times Monitor PRN and: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> Dismissal <input type="checkbox"/> No bG monitoring	D2. Continuous Glucose Monitor Use (Must complete Section G) <input type="checkbox"/> Use CGM readings for glucose monitoring <input type="checkbox"/> 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 E: Glucose Monitoring Parameters

<p>E1. Hypoglycemia (Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders)</p> <p>E1a. Oral Hypoglycemia Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < 70 mg/dl or < _____ mg/dl, give 15 g or _____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or _____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl.</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl, give _____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or _____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl.</p> <p>E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl, no gym or physical activity</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack*</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl, give uncovered snack*</p> <p>E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed</p> <p><input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up</p>	<p>15 g rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz juice</p> <p>*Snacks provided by staff will be between 15-25 g carbs unless otherwise specified in Section I: Other Orders</p>
<p>E2. Hyperglycemia</p> <p><input type="checkbox"/> For bG > _____ mg/dl pre-gym, <input type="checkbox"/> no gym and <input type="checkbox"/> check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2)</p> <p><input type="checkbox"/> For bG > _____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid-acting insulin</p>	<p>bG "HI" reading = 500 mg/dl or _____ mg/dl</p>

SECTION F: Insulin Orders

<p>F1. Insulin Name</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> No insulin in school * May substitute Novolog with Admelog/Humalog</p> <p>F2. Insulin Delivery Method</p> <p><input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> SmartPen- use app recommendations <input type="checkbox"/> Pump (Brand) *If left blank, will use syringe/pen</p> <p>*For iLet, must complete iLet Pump Orders Form</p> <p>F3. Insulin Pump Orders *Nurse will follow pump recommendations by default</p> <p><input type="checkbox"/> Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump</p> <p><input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min</p> <p><input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for gym</p> <p><input type="checkbox"/> Activity Mode: Start 60 min or _____ min prior to exercise until 120 min or _____ min after exercise</p> <p>F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment</p> <p><input type="checkbox"/> For bG > _____ mg/dl that has not decreased in 2 hrs or _____ hrs after correction, consider pump failure and notify parents</p> <p><input type="checkbox"/> For suspected pump failure, SUSPEND pump and give rapid-acting insulin by syringe/pen</p> <p><input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)</p> <p><input type="checkbox"/> In the setting of pump failure, do not use the pump to calculate insulin correction doses</p>	<p>F5. Insulin Calculation Methods</p> <p>F5a. Carb Coverage Using: <input type="checkbox"/> I:C <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose</p> <p>F5b. Correction Dose Using: <input type="checkbox"/> ISF <input type="checkbox"/> Sliding Scale</p> <p>F5c. Insulin Dosing for Meals:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Meal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Insulin Dose</td> <td style="text-align: center;">Breakfast</td> <td style="text-align: center;">Lunch</td> <td style="text-align: center;">Snack</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Carb Coverage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Correction Dose</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>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</p> <p>F5d. Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration</p> <p><input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack</p> <p><input type="checkbox"/> If bG > target bG or _____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal</p> <p>Carb Coverage using I:C</p> <p># g carb in meal / I:C = X units insulin</p> <p>Correction using ISF</p> <p>(bG – target bG) / ISF = Y units insulin</p> <p>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.</p>		Meal			Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack	Carb Coverage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correction Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>F6. Insulin Dose Calculation Ratios Times will be 7am – 4pm if not specified</p> <p>F6a. Target bG</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>F6b. Insulin Sensitivity Factor (ISF)</p> <p>1 unit decreases bG by:</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>F6c. Insulin:Carb Ratio (I:C)</p> <p>Time _____ to _____ OR Breakfast</p> <p>1 unit per _____ g carbs</p> <p>Time _____ to _____ OR Lunch</p> <p>1 unit per _____ g carbs</p> <p>Time _____ to _____ OR Snack</p> <p>1 unit per _____ g carbs</p> <p><input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following meal, subtract _____ g carbs from meal carb calculation</p>
	Meal																	
Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack															
Carb Coverage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Correction Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

Formularët e dorëzuar pas datës 1 maj mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Dërgoni me faks të gjitha formularët DMAF në 347-396-8932/8945 ose me email në OSHDMAF@health.nyc.gov

Mbiemri i nxënësit	Emri	Ditëlindja	OSIS #
--------------------	------	------------	--------

SECTION F: Insulin Orders (Continued)

F7. Sliding Scales (Provide additional sliding scales in Section I: Other Orders)

Do **NOT** overlap ranges (e.g., 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. 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. **If no correction dose ratios or correction dose sliding scale is given, the student will not receive rapid-acting insulin outside of the specified meals and all orders for rapid-acting insulin PRN will not be implemented.**

F7a. Correction Dose	
bG (mg/dl)	Units
Zero -	0
-	
-	
-	
-	
-	
-	

F7b. Carb Coverage PLUS Correction Dose		
bG (mg/dl)	Units	Use For:
Zero -		<input type="checkbox"/> Breakfast
-		<input type="checkbox"/> Lunch
-		<input type="checkbox"/> Snack
-		<input type="checkbox"/> 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 (hold dose if no carbs consumed for meal)
- ___ units for lunch (hold dose if no carbs consumed for meal)
- ___ units for snack (hold dose if no carbs consumed for meal)

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 injection site (e.g., different arms)

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 ↗	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic. Otherwise, recheck in 15-20 min.
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 > 5 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 Last Name (PLEASE PRINT)	First name	Signature	Date
Credentials: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA			
Address Street	City/State	ZIP	Email
NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

Formularët e dorëzuar pas datës 1 maj mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Dërgoni me faks të gjitha formularët DMAF në 347-396-8932/8945 ose me email në OSHDMAF@health.nyc.gov

Mbiemri i nxënësit	Emri	Ditëlindja	Gjinia <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	OSIS #
Shkolla ATSDBN / Emri	Adresa	Bashkia	Distriktin	Klasa/klasa

PRINDËR DHE KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

- Jap pëlqimin që infermierja/ofruesi i qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC – school-based health center) t’i japë fëmijës tim ilaçet e përshkruara, dhe që infermierja/stafi i trajnuar/ofruesi i SBHC të kontrollojë nivelin e sheqerit në gjak dhe të trajtojë nivelin e ulët të sheqerit në gjak sipas udhëzimeve dhe aftësi të përcaktuara nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim. Këto veprime mund të kryhen në ambientet e shkollës ose gjatë ekskursioneve shkollore.
- Gjithashtu jap pëlqimin që çdo pajisje e nevojshme për ilaçet e fëmijës tim të ruhet dhe përdoret në shkollë.
- E kuptoj që:
 - Unë duhet t’i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC ilaçet, ushqimet, pajisjet dhe materialet për fëmijën tim dhe duhet t’i zëvendësoj ato sipas nevojës. Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health – OSH) rekomandon përdorimin e lancetave të sigurta dhe pajisjeve e materialeve të tjera me gjilpëra të sigurta për të kontrolluar nivelin e sheqerit në gjak dhe për të dhënë insulinë.
 - Jap pëlqimin që fëmija im të mbajë me vete dhe të ruajë ilaçet/materialet e tij/saj në shkollë dhe gjatë udhëtimeve, siç është përcaktuar në takimin 504 të tij/saj.
 - Të gjitha ilaçet me recetë dhe ato që shiten pa recetë që i jap shkollës duhet të jenë të reja, të papërdorura dhe në shishen ose kutinë origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë ilaçe të vlefshme dhe jo të skaduar për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.
 - Ilaçet me recetë duhet të kenë etiketën origjinale të farmacistë në kuti ose në shishe. Etiketa duhet të përfshijë: **1)** emrin e fëmijës tim, **2)** emrin dhe numrin e telefonit të farmacistë, **3)** emrin e ofruesit të kujdesit shëndetësor të fëmijës tim, **4)** datën, **5)** numrin e rimbushjeve, **6)** emrin e ilaçit, **7)** dozën, **8)** kur të merret ilaçi, **9)** si të merret ilaçi dhe **10)** çdo udhëzim tjetër.
 - Unë duhet të informoj **menjëherë** infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në ilaçin e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
 - Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
 - Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaçeve (MAF), unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t’i ofroj fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura me diabetin. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues i kujdesit shëndetësor ose infermiere e OSH.
 - Urdhri për ilaçin në këtë MAF skadon në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri të shkruar nga ofruesi i kujdesit shëndetësor i fëmijës tim.
 - OSH dhe Departamenti i Arsimit (DOE) sigurohen që fëmija im të mund të testojë në mënyrë të sigurt nivelin e sheqerit në gjak.
 - Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet për diabetin të përshkruara në këtë formular dhe mund të dërgohet direkt në OSH. Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t’i ofroj këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (Student Accommodation Plan). Ky plan do të plotësohet nga shkolla.
 - Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion tjetër që ata e konsiderojnë të nevojshëm mbi gjendjen mjekësore, medikamentet apo trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e apo farmacist që i ka dhënë shërbime shëndetësore fëmijës tim.

SHËNIM: Është e preferueshme që të sillni ilaçet dhe pajisjet për fëmijën tuaj në ditët kur ka ekskursione ose aktivitete shkollore jashtë mjediseve të shkollës.

Linja e OSH për Prindër për pyetje rreth Formularit për Administrimin e Ilaçeve për Diabetin (DMAF): 718-786-4933

PËR VETË-ADMINISTRIM TË ILAÇEVE DHE/OSE PROCEDURAVE (VETËM NXËNËS TË PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të marrë ilaçet dhe/ose të kryejë vetë procedurat e nevojshme. Jap pëlqimin që fëmija im t’i mbajë me vete, t’i ruajë dhe t’i administrojë vetë ilaçet e përshkruara në këtë formular në shkollë dhe gjatë ekskursioneve. Unë jam përgjegjës për t’ia dhënë fëmijës tim ilaçet në shishe ose kuti të përshkruara sipas udhëzimeve më sipër. Gjithashtu, unë jam përgjegjës për të monitoruar përdorimin e ilaçeve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre ilaçeve në shkollë. Infermierja e shkollës ose ofruesit e SBHC do të konfirmojnë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe administruar vetë ilaçin. Unë gjithashtu pajtohem që t’i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.
- Jap pëlqimin që infermierja e shkollës ose stafi i trajnuar t’i japin fëmijës tim glukagon nëse është i përshkruar nga ofruesi shëndetësor dhe nëse fëmija im nuk është përkohësisht në gjendje ta mbajë apo ta marrë vetë ilaçin.

PRIND / KUJDESTAR – NËNSHKRUANI MË POSHTË

Emri i prindit/kujdestarit	Nënshkrimi i prindit/kujdestarit për pjesët A dhe B		Data e nënshkrimit
Adresa e prindit/kujdestarit	Emaili i prindit/kujdestarit		
Numrat e kontaktit për urgjencë	Nr. tel. për kontakt më të mirë	Nr. tel. i shtëpisë	Nr. tel. celular
Emri i kontaktit alternativ të urgjencës	Marrëdhënia me Nxënësin		Nr. tel. për kontakt

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number:	
Received by: Name	Date: ____ / ____ / ____
Reviewed by: Name	Date: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by:	<input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
Signature and Title (RN or SMD):	Date: ____ / ____ / ____
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: ____ / ____ / ____	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: <input type="checkbox"/> Clarified <input type="checkbox"/> Modified	
Notes:	