

رقم التعريف المدرسي (OSIS)	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	الاسم الأول	الإسم الأخير للتلميذ(ة)
الصف/الفصل	المنطقة التعليمية	الحي	العنوان	رقم المدرسة (ATSDBN)، أو اسمها

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

Diagnosis :SECTION A

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

Emergency Orders :SECTION B

<p>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) .B2 ,CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO ALTERED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES</p> <p>give water, re-test ketones & ,If ketones small or trace bG in 2 or ____ hrs</p> <p>call parent ,give water ,If ketones moderate or large and endocrinologist/provider and 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>	<p>Severe Hypoglycemia .B1 ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN</td> <td style="width:25%;">Baqsimi <input type="checkbox"/> 3mg Intranasal</td> <td style="width:25%;">GVOKE <input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC</td> <td style="width:25%;">Glucagon <input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM</td> </tr> </table> <p>Turn . Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN IF bG is unknown If more than one option is chosen, school staff will use . onto left side to prevent aspiration and call 911 .ONE form of available glucagon unless otherwise directed</p>	Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN	Baqsimi <input type="checkbox"/> 3mg Intranasal	GVOKE <input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC	Glucagon <input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM
Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN	Baqsimi <input type="checkbox"/> 3mg Intranasal	GVOKE <input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC	Glucagon <input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM		

Glucose Monitoring :SECTION D	Skill Level (If incomplete or attestation not initialed, default is nurse dependent) :SECTION C
<p>Continuous Glucose Monitor Use .D2 (Must complete Section G)</p> <p><input type="checkbox"/> Use CGM readings for glucose monitoring</p> <p><input type="checkbox"/> Use CGM readings for insulin dosing</p> <p>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</p>	<p>Glucose Monitoring .D1 Times</p> <p>Monitor PRN and Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> Dismissal <input type="checkbox"/> No bG monitoring <input type="checkbox"/></p>
<p>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</p> <p>Nurse or trained staff must perform :Nurse-Dependent <input type="checkbox"/></p> <p>Student to perform with adult supervision :Supervised <input type="checkbox"/></p> <p>Student carries supplies & self-administers :Independent <input type="checkbox"/></p> <p>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 align="right">Provider Initials _____</p>	

Glucose Monitoring Parameters :SECTION E

Other Orders) **Hypoglycemia (Provide additional hypoglycemia instructions in Section I .E1**

<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>Oral Hypoglycemia Treatment .E1a Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl . For bG < 70 mg/dl or < ____ mg/dl, give 15 g or ____ g rapid carbs PRN</p> <p>Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl . For bG < ____ mg/dl, give ____ g rapid carbs PRN <input type="checkbox"/></p> <p>Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders .E1c <input type="checkbox"/> For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed <input type="checkbox"/> For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up</p> <p>Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders .E1b <input type="checkbox"/> For bG < ____ mg/dl, no gym or physical activity <input type="checkbox"/> For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack* <input type="checkbox"/> For bG < ____ mg/dl, give uncovered snack*</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

bG "HI" reading = 500 mg/dl or ____ mg/dl

no gym and check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2) , For bG > ____ mg/dl pre-gym
 For bG > ____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin

Insulin Orders :SECTION F

<p>Insulin Dose Calculation Ratios .F6 Times will be 7am – 4pm if not specified Target bG .F6a</p> <p>____ mg/dl from time ____ to ____</p> <p>____ mg/dl from time ____ to ____</p> <p>Insulin Sensitivity Factor (ISF) .F6b</p> <p>:1 unit decreases bG by ____ mg/dl from time ____ to ____</p> <p>____ mg/dl from time ____ to ____</p> <p>Insulin:Carb Ratio (I:C) .F6c</p> <p>Time ____ to ____ OR Breakfast 1 unit per ____ g carbs</p> <p>Time ____ to ____ OR Lunch 1 unit per ____ g carbs</p> <p>Time ____ to ____ OR Snack 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>	<p>Insulin Calculation Methods .F5 I:C <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose <input type="checkbox"/> Carb Coverage Using .F5a ISF <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Correction Dose Using .F5b Insulin Dosing for Meals .F5c</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Meal</th> <th rowspan="2">Insulin Dose</th> </tr> <tr> <th>Snack</th> <th>Lunch</th> <th>Breakfast</th> <th>Insulin Dose</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Carb Coverage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Correction Dose</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>Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration .F5d Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> : Give insulin after <input type="checkbox"/> If bG > target bG or ____ mg/dl, give correction dose pre meal and carb coverage after meal</p>	Meal				Insulin Dose	Snack	Lunch	Breakfast	Insulin Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carb Coverage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correction Dose	<p>Insulin Name .F1</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> No insulin in school * May substitute Novolog with Admelog/Humalog</p> <p>Insulin Delivery Method .F2</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>Insulin Pump Orders .F3 *Nurse will follow pump recommendations by default <input type="checkbox"/> Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump <input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for hypoglycemia not responding to treatment for ____ min <input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for gym Start 60 min or ____ min prior to exercise until : <input type="checkbox"/> Activity Mode 120 min or ____ min after exercise</p> <p>Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment .F4</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 <input type="checkbox"/> For suspected pump failure, SUSPEND pump and give rapid-acting insulin by syringe/pen <input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6) <input type="checkbox"/> In the setting of pump failure, do not use the pump to calculate insulin correction doses</p>
Meal				Insulin Dose																	
Snack	Lunch	Breakfast	Insulin Dose																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carb Coverage																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correction Dose																	
<p>Correction using ISF</p> <p>bG – target bG = Y units insulin ISF</p>		<p>Carb Coverage using I:C</p> <p># g carb in meal = X units insulin I:C</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 Round DOWN to nearest 0.1 unit for pumps unless .PCP/Endocrinologist following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders</p>																			

الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

رقم التعريف المدرسي (OSIS)	تاريخ الميلاد	الاسم الأول	الاسم الأخير للتمييز(ة)
----------------------------	---------------	-------------	-------------------------

Insulin Orders (Continued) :SECTION F

Fixed Dosing for Carb Coverage .F8

:Correction Dose and for carb coverage ADD :Correct bG using method in Section F5a
 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)

Alternate Rounding Instructions .F9

0.50-1.49u rounds to 1u : Round insulin dosing to nearest whole unit
 0.25-0.74u : For half unit pen/syringe, round insulin dosing to nearest half unit rounds to 0.5u

Long-Acting Insulin .F10

Give long-acting insulin at school

Name: _____
 units _____: Dose
 OR pre-lunch _____: Time
 Long-acting insulin may be given at the same time as rapid-acting insulin at a different injection site (e.g., different arms)

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

Provide .If ranges overlap, the lower dose will be given .Do NOT overlap ranges (e.g., 0-100, 101-200, etc.)
 .Hyperglycemia :a range from 0 to "high" bG, which is 500 mg/dl unless otherwise specified in Section E2
If no correction .Other Orders :Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless specified in Section I
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

Carb Coverage PLUS Correction Dose .F7b		
:Use For	Units	bG (mg/dl)
Breakfast <input type="checkbox"/>		- Zero
Lunch <input type="checkbox"/>		-
Snack <input type="checkbox"/>		-
See attached <input type="checkbox"/>		-
		-
		-
		-

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

Continuous Glucose Monitoring (CGM) Orders [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion'] :SECTION G

Name and Model of CGM .G1

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
 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 .manufacturer's instructions
 .For sG < 70mg/dl, check bG and follow hypoglycemia orders on DMAF, unless otherwise ordered below .mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers)

.Use CGM grid below OR see attached CGM instructions .CGM Instructions .G2

<input type="checkbox"/> use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan	Action	Arrows	CGM Reading
.Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG .Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan		Any arrows	sG < 60 mg/dl
.Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG .Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan		or → ↓ ↓ ↓ ↓	sG 60-69 mg/dl
.Otherwise, recheck in 15-20 min .Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic		or ↗ ↘ ↗ ↘ ↗ ↘	sG 60-69 mg/dl
.Follow bG DMAF orders for insulin dosing		Any arrows	sG ≥ 70 mg/dl
.If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 g of carbs from lunch carb calculation .Give 15 g uncovered carbs		↓↓ ↓↓	sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess
.Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing		Any arrows	sG ≥ 250 mg/dl

For student using CGM, wait 2 hours after a meal before testing for ketones with hyperglycemia

Parental Input into Dosing :SECTION H

Taking the parent's .may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations .(Parent(s)/Guardian(s) (MUST GIVE NAME
 .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 by ___ % or down by ___ % of the prescribed dose based on parental input and nursing judgement
 Nurse may adjust calculated dose up or down up to ___ units based on parental input and nursing judgement

If the parent requests a similar adjustment for > 5 days in a row, the nurse will _____ - _____ (_____) Health care provider can be reached for urgent dosing orders at :MUST COMPLETE
 .contact the health care provider to see if the school orders need to be revised

Home Medications :SECTION J

Other Orders :SECTION I

Time	Frequency	Route	Dose	Medication

Additional Information :SECTION K

For nurse to administer insulin .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
 [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)

Date	Signature	First name	Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)
			MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> :Credentials
Email	ZIP	City/State	Address Street
CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes	Fax	Tel	NYS License # or NPI # (Required)

الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

رقم التعريف المدرسي (OSIS)	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد	الاسم الأول	الاسم الأخير للتمييز(ة)
الصف/ الفصل	المنطقة التعليمية	الحي	العنوان	رقم المدرسة (ATSDBN)، أو اسمها

السادة الآباء وأولياء الأمور: قوموا بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يقوم الممرض(ة)/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بإعطاء الدواء الموصوف لطفلي، وأن يقوم الممرض(ة)/الموظفون المدربون/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بفحص مستوى السكر في دم طفلي ومعالجة انخفاض مستوى السكر في الدم وفقاً للتعليمات ومستوى المهارة الذي حدده مقدم(ة) الرعاية الصحية لطفلي. وقد يتم ذلك على أرض المدرسة أو خلال الرحلات المدرسية.
- أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أي معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب علي أن أقدم لممرض(ة) المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) الأدوية التي يستخدمها طفلي، والوجبات الخفيفة، والمعدات، واللوازم، ويجب علي تغيير تلك الأدوية والوجبات الخفيفة والمعدات واللوازم عند الحاجة. يوصي مكتب الصحة المدرسية (OSH) باستخدام مستلزمات أمنة لقياس السكر في الدم وغيرها من الإبر والأجهزة الأمنة لفحص مستويات سكر الدم لدى طفلي وتقديم الإسولين.
 - أوافق على أن يحمل طفلي أدويته/مستلزماته ويخزنها في المدرسة وأثناء الرحلات وفقاً لما تم الاتفاق عليه في اجتماع الخطة 504 الخاصة به.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية الموصوفة "والتي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و(3) اسم مقدم خدمة الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يتم تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أي إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخطر ممرض(ة) المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً بأي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات مقدم(ة) الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أرخص لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بداء السكري لطفلي. هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً إكلينيكيّاً أو فحصاً بنديّاً من طرف مقدم(ة) خدمة الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH) أو الممرض(ة).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الضعيفة، أو عندما أعطي ممرض(ة) المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرض(ة) طفلي المدرسة/مقدم(ة) الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة مُقَدِّمِ الرعاية الصحية لطفلي.
 - يتأكد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) من قدرة طفلي على اختيار نسبة السكر في دمه بأمان.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلبي للحصول على خدمات السكري الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات للتعلم. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي مقدم للرعاية الصحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

ملحوظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

الخط الساخن للآباء بمكتب الصحة المدرسية (OSH) للأسئلة حول استمارة إعطاء دواء السكري (DMAF): 718-786-4933

للاستخدام الذاتي للأدوية و/أو الإجراءات (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى التدريب الكامل وأنه قادر على تناول الدواء و/أو تنفيذ الإجراءات بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. سيؤكد ممرض(ة) المدرسة أو مقدمو خدمة الرعاية الصحية بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه لنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرض(ة) المدرسة أو موظفي المدرسة المدربين بإعطاء طفلي الجلوكاجون (glucagon) إذا وصفه مقدم(ة) الرعاية الصحية، إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء وتناوله.

توقيع الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر أدناه

اسم الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر بخط واضح	توقيع الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر على الجزئين (أ) و(ب)	تاريخ التوقيع
عنوان منزل الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر	عنوان البريد الإلكتروني للوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر	
رقم هاتف طرف الاتصال في حالة الطوارئ	رقم الهاتف المُفضَّل للتواصل.	رقم هاتف المنزل.
اسم شخص بدوّل للاتصال في حالات الطوارئ	العلاقة بالتمييز(ة)	رقم هاتفه.

الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

For Office of School Health (OSH) Use Only

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