NYC Health Department | Public Schools

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম
সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | 2026-27 শিক্ষা বছর

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

লিখিত নির্দেশাবলী যখন জমা দেয়া ও অনুমোদিত হবে তখন বাস্তবায়ন করা হবে। যদি আপনি 2026-এর সেপ্টেম্বরে নির্দেশনা বাস্তবায়ন শুরু করতে চান, তবে অনুগ্রহ করে এখানে চেক মার্ক দিন ☐

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	লিঙ্গ ☐ M ☐ F	OSIS #
স্কুলের ATSDBN / নাম	ঠিকানা	বরো	ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড / ক্লাস

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

SECTION A: Diagnosis

A1. Diagnosis

Diabetes Mellitus ☐ Type 1 or ☐ Type 2 or ☐ Other: _____________ Dx Date ____ / ____ / ________

A2. Recent A1c

Date ____ / ____ / ________ Result ____ . ____ %

SECTION B: Emergency Orders

B1. Severe Hypoglycemia

ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911

Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1mg SC/IM ☐ 0.5mg SC/IM	☐ 1mg SC ☐ 0.5mg SC	☐ 3mg Intranasal	☐ 0.6mg SC 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.

B2. Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)

CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO, ALTERED 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 parent and endocrinologist/provider and:**
☐ Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or ___ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ NO GYM OR PHYSICAL ACTIVITY

SECTION C: Skill Level (*If incomplete or attestation not initialed, default is nurse dependent*)

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*
☐	☐	**Nurse-Dependent:** Nurse or trained staff must perform
☐	☐	**Supervised:** Student to perform with adult supervision
☐	☐	**Independent:** Student carries supplies & self-administers
___________ Provider Initials		**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.

SECTION D: Glucose Monitoring

D1. Glucose Monitoring Times

Monitor PRN and:
- ☐ Breakfast
- ☐ Lunch
- ☐ Snack
- ☐ Gym
- ☐ Dismissal

☐ No bG monitoring

D2. 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 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 PRN. Recheck bG in 15 min or ___ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl.
☐ For bG < ____ mg/dl, give ___ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ___ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl.

E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders
☐ For bG < ____ mg/dl, no gym or physical activity
☐ 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 uncovered snack* before dismissed
☐ For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up

15 g rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz juice

***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 ☐ SmartPen- use app recommendations
☐ Pump (Brand) **If left blank, will use syringe/pen*
____
**For iLet, must complete iLet Pump Orders Form*

F3. Insulin Pump Orders
**Nurse will follow pump recommendations by default*
☐ Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump
☐ 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 Dislodgment
☐ For bG > ____ mg/dl that has not decreased in 2 hrs or ___ hrs after correction, consider pump failure and notify parents
☐ For suspected pump failure, SUSPEND pump and give rapid-acting insulin by syringe/pen
☐ For pump failure, only give correction dose if ≥ 2 hrs or ___ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ In the setting of pump failure, do not use the pump to calculate insulin correction doses

F5. Insulin Calculation Methods

F5a. Carb Coverage Using: ☐ I:C ☐ Sliding Scale ☐ Fixed Dose

F5b. Correction Dose Using: ☐ ISF ☐ Sliding Scale

F5c. Insulin Dosing for Meals:

	Meal		
Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack
Carb Coverage	☐	☐	☐
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-Meal Insulin Administration
☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack
☐ If bG > target bG or ____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal

Carb Coverage using I:C

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

Correction using ISF

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

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

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | 2026-27 শিক্ষা বছর

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	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 -		☐ 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 (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 ☐ **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: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ 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.

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

Parent Consent Form | School Year 2026-27

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	লিঙ্গ ☐ M ☐ F	OSIS #
স্কুলের ATSDBN / নাম	ঠিকানা	বরো	ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড / ক্লাস

পিতামাতা ও অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

1. আমি সম্মতি দিচ্ছি যে নার্স/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রের (স্কুল বেজড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবেন, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ/SBHC প্রদানকারী ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবেন, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্লাড সুগারের পরিচর্যা করবেন নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবেন আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী। চিকিৎসা স্কুল প্রাঙ্গনে অথবা স্কুল ট্রিপের সময় প্রদান করা হতে পারে।
2. আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
3. আমি বুঝি যে:
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীকে আমার সন্তানের ঔষধ, স্ন্যাকস, সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সামগ্রী প্রদান করবো এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে সেগুলো, যেমন ঔষধ, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সামগ্রী পুনরায় সরবরাহ করতে হবে। অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) আমার সন্তানের ব্লাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনস্যুলিন দিতে সেফটি ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল (নিরাপদ সুচ) ডিভাইস ও সরবরাহ ব্যবহারের পরামর্শ দেয়।
   - আমি আমার সন্তানের 504 মিটিংয়ে যেভাবে রূপরেখা করা হয়েছে সেভাবে স্কুলে এবং ট্রিপগুলোতে তাকে ঔষধপত্র/সাপ্লাই বহন করতে এবং সংরক্ষণ করার সম্মতি দিচ্ছি।
   - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছে, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
     - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মেসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: **1)** আমার সন্তানের নাম, **2)** ফার্মেসির নাম এবং ফোন নম্বর, **3)** আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, **4)** তারিখ, **5)** রিফিলের সংখ্যা, **6)** ঔষধের নাম, **7)** সেবনের পরিমাণ (ডোসেজ), **8)** কখন ঔষধ নিতে হবে, **9)** কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং **10)** অন্য যেকোনো নির্দেশনা।
   - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট OSH এবং এর এজেন্টরা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটিতে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি OSH-কে আমার সন্তানের ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা একটি ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনার মেয়াদ উত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF প্রদান করবো।
   - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করবে।
   - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে, এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যানও (শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (DMAF) সংক্রান্ত প্রশ্নাবলীর জন্য OSH প্যারেন্ট হটলাইন: 718-786-4933

নিজে ঔষধ সেবন এবং/অথবা পদ্ধতিসমূহের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান ঔষধ গ্রহণে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই সেবন করতে এবং/অথবা পদক্ষেপগুলো সম্পন্ন করতে পারে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহার এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহারের ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সেবিষয়ে পর্যবেক্ষণ করার প্রতি আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স অথবা SBHC প্রদানকারীগণ নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।
- আমার সন্তানকে তার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী গ্লুকাগন প্রদানের জন্য ব্যবস্থাপত্র প্রদান করলে এবং আমার সন্তান যদি সাময়িকভাবে তার ওষুধ বহন ও সেবন করতে অপারগ হয়, তাহলে আমি স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীদেরকে সেটা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি।

পিতামাতা / অভিভাবক নিচে স্বাক্ষর করবেন

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ইংরেজি বড় অক্ষরে লিখুন	**পার্ট A এবং B-এর জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর**	**স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ**

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা		পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল	
জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগের নম্বর	সবচেয়ে ভালো যোগাযোগের ফোন নং	বাড়ির ফোন নং	সেল ফোন নং
জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের জন্য বিকল্প ব্যক্তির নাম		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	যোগাযোগের ফোন নং

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

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 ☐ School Based Health Center ☐ 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: ☐ Clarified ☐ Modified	
Notes:	