



Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Les ordonnances écrites seront exécutées une fois soumises et approuvées. Si vous souhaitez que les ordonnances soient exécutées en septembre 2026, veuillez cliquer ici

Nom de l'élève Prénom	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° OSIS
DBN ATS/nom de l'école :	Adresse	Borough	District
Grade/classe			

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

SECTION A : Diagnostics

A1. Diagnostics 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		

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

SECTION D: Glucose Monitoring

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	D1. Glucose Monitoring Times	D2. Continuous Glucose Monitor Use <i>(Must complete Section G)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nurse-Dependent: Nurse or trained staff must perform	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	<input type="checkbox"/> Use CGM readings for glucose monitoring
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supervised: Student to perform with adult supervision		<input type="checkbox"/> Use CGM readings for insulin dosing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Independent: Student carries supplies & self-administers		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.
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 E: Glucose Monitoring Parameters

E1. Hypoglycemia (Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders) E1a. Oral Hypoglycemia Treatment <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. <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. E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders <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* E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders <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	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 <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) <input type="checkbox"/> 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 _____ <input type="checkbox"/> No insulin in school * May substitute Novolog with Admelog/Humalog	F5. Insulin Calculation Methods F5a. Carb Coverage Using: <input type="checkbox"/> I:C <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose F5b. Correction Dose Using: <input type="checkbox"/> ISF <input type="checkbox"/> Sliding Scale F5c. Insulin Dosing for Meals: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Meal</th> </tr> <tr> <th>Insulin Dose</th> <th>Breakfast</th> <th>Lunch</th> <th>Snack</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carb Coverage</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Correction Dose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </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> F5d. Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration <input type="checkbox"/> Give insulin after: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> If bG > target bG or _____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal		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"/>	F6. Insulin Dose Calculation Ratios <i>Times will be 7am – 4pm if not specified</i> 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 <input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following meal, subtract _____ g carbs from meal carb calculation
	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"/>															
F2. Insulin Delivery Method <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> SmartPen- use app recommendations <input type="checkbox"/> 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 <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 <input type="checkbox"/> Activity Mode: Start 60 min or _____ min prior to exercise until 120 min or _____ min after exercise	F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment <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	Carb Coverage using I:C $\frac{\# \text{ g carb in meal}}{I:C} = X \text{ units insulin}$ Correction using ISF $\frac{bG - \text{target bG}}{ISF} = Y \text{ units insulin}$ 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.															

Nom de l'élève	Prénom	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	N° 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.**

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)

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
-		
-		
-		
-		

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.

Nom de l'élève	Prénom	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° OSIS
DBN ATS/nom de l'école :	Adresse	Borough	District	Grade/classe

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- J'autorise le personnel infirmier/le centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) à administrer à mon enfant les médicaments prescrits, et le personnel infirmier/le personnel formé/le prestataire SBHC à vérifier sa glycémie et à traiter son hypoglycémie, selon les instructions et le niveau de compétences déterminés par son médecin. Ces mesures peuvent avoir lieu à l'école ou lors de sorties scolaires.
- Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends ce qui suit :
 - Je dois donner au personnel infirmier scolaire/au prestataire SBHC les médicaments, les snacks, les équipements et le matériel de mon enfant et je dois les remplacer si nécessaire. Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OHS) recommande l'utilisation de lancettes de sécurité et d'autres matériels et fournitures d'aiguilles de sécurité pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline.
 - Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve ses médicaments/fournitures à l'école et lors de ses sorties, comme indiqué lors de la réunion de la Section 504.
 - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : **1)** le nom de mon enfant, **2)** le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, **3)** le nom de son médecin, **4)** la date, **5)** le nombre de renouvellements, **6)** le nom du médicament, **7)** la posologie, **8)** quand prendre le médicament, **9)** son mode d'administration et **10)** toute autre instruction.
 - Je dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/le prestataire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser à mon enfant des services de santé pour le diabète. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou le personnel infirmier de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF au personnel infirmier scolaire/au prestataire SBHC (selon ce qui survient en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai au personnel infirmier scolaire de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin.
 - L'OSH et le Département de l'Éducation (Department of Education - DOE) s'assurent que mon enfant contrôle sa glycémie en toute sécurité.
 - Ce formulaire représente mon autorisation et ma demande pour les services pour le diabète décrits, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagement scolaire. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, du personnel infirmier ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Assistance téléphonique de l'OSH pour les parents concernant toute question sur le Formulaire d'administration de médicaments pour le diabète (DMAF) : 718-786-4933

POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET/OU DE PROCÉDURES (ÉLÈVES AUTONOMES UNIQUEMENT) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a reçu une formation complète et qu'il ou elle peut prendre son médicament et/ou effectuer des procédures en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie à l'école et lors des sorties le médicament prescrit sur ce formulaire. J'ai pour responsabilité de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. Le personnel infirmier scolaire ou les prestataires SBHC attesteront de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer en toute autonomie. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est lisible.
- J'accepte que le personnel infirmier scolaire ou tout membre du personnel formé administre le Glucagon à mon enfant s'il lui est prescrit par son prestataire de soins de santé et si mon enfant est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer en toute autonomie.

PARTIE À SIGNER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules)	Signature du parent/tuteur/de la tutrice pour les parties A & B	Date de signature (MM/JJ/AAAA)	
Adresse du parent/tuteur/de la tutrice		E-mail du parent/tuteur/de la tutrice	
Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence	Meilleur tél. pour joindre le contact	Tél. (domicile)	Tél. portable :
Autre personne à contacter en cas d'urgence		Lien avec l'élève	Tél. du contact

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:	