NYC Health Department | Public Schools

당뇨약 투여 양식

의료제공처 투약 지시 양식 | 2026-27 학년도

6 월 1 일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF 제출 팩스 번호: 347-396-8932/8945 또는 이메일: OSHDMAF@health.nyc.gov

서면 작성된 지시 사항은 제출 후 승인되면 실행될 것입니다. 2026 년 9 월에 지시 실행을 시작하려면 여기를 체크하십시오 ☐

학생 성	이름	생년월일	성별 ☐ 남 ☐ 여	OSIS #

학교 ATSDBN / 이름	주소	보로	학군	학년 / 학급

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

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

Correction using ISF

$\frac{\text{bG – target bG}}{\text{ISF}}$ = 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

학생 성	이름	생년월일	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	☐ ☐	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

학생 성	이름	생년월일	성별 □ 남 □ 여	OSIS #
학교 ATSDBN / 이름	주소	보로	학군	학년/ 학급

학부모 및 보호자: 읽고 작성 후 서명. 저는 아래 내용에 동의하여 이에 서명합니다:

1. 본인은 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인이 제 자녀에게 처방된 약품을 주고 간호사/훈련된 직원/SBHC 의료인이 혈당을 검사하고 지시 사항 및 제 자녀의 의료 담당자가 결정한 숙련도 레벨에 따라 저혈당을 관리하는 것에 동의합니다. 이러한 처치는 교내 또는 학교 견학 중 제공될 수 있습니다.
2. 저는 또한 제 자녀의 약에 필요한 비품을 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
3. 저는 다음 사항을 이해합니다:
   - 저는 학교 간호사/SBHC 제공자에게 반드시 제 자녀의 약, 간식, 기구 및 비품을 제공하고 약, 간식, 기구 및 비품을 필요에 따라 대체해야 합니다. 학교 보건 담당실(OSH)은 제 자녀의 혈당 검사 및 인슐린 투여를 위해 안전 랜싯 및 기타 안전 바늘 기기 및 비품을 추천합니다.
   - 저는 504 회의에서 다룬 내용에 따라, 제 자녀가 본인의 약/비품을 소지하고 학교에 보관하며, 견학 등에 가져가는 것에 동의합니다.
   - 학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 반드시 개봉하지 않은 새것을 원래 용기 또는 상자 그대로 제공하겠습니다. 학교에 제 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.
     - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: **1)** 자녀의 이름, **2)** 약국 이름 및 전화번호, **3)** 자녀의 의료 담당자 이름, **4)** 날짜, **5)** 리필 숫자, **6)** 약 이름, **7)** 복용량, **8)** 복용 시간, **9)** 투약 방법, **10)** 기타 안내.
   - 저는 제 자녀의 약이나 의료 담당자의 지시가 변경되면 **즉시** 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
   - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 제 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.
   - 저는 OSH 가 제 자녀에게 당뇨 관련 보건 서비스 제공을 허가하는 의미로 투약 양식(MAF)에 서명합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 담당자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
   - 이 MAF 의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF 를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 담당자가 작성한 새로운 MAF 를 제출하겠습니다.
   - OSH 및 교육청(DOE)은 제 자녀가 안전하게 혈당 검사를 할 수 있도록 할 것입니다.
   - 이 양식은 양식에 설명된 당뇨 서비스에 대한 저의 동의 및 요청을 대변하며 직접 OSH 에 보낼 수도 있습니다. 이것은 요청한 서비스를 OSH 가 제공하겠다는 약속이 아닙니다. OSH 가 이런 서비스 제공을 결정하면 제 자녀는 또한 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
   - 제 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH 는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 기타 정보를 수집할 수 있습니다. OSH 는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공처, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

주의: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

당뇨약 투약 양식(DMAF) 관련 문의 OSH 학부모 핫라인: 718-786-4933

약물 자가 투약 및/또는 처리(독립 학생만 해당):

- 저는 제 자녀가 스스로 약물을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용 및/또는 처리할 수 있음을 보증/확인합니다. 저는 제 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교 및 견학 장소에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 제 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 제 자녀의 해당 약품 사용을 감독하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사 또는 SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 약품을 소지하고 투약하지 못하게 되었을 경우, 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 제 자녀에게 글루카곤(의료 서비스 제공처에 의해 처방된 경우)을 투여하는 것에 동의합니다.

학부모/보호자 아래 서명		
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입	**파트 A & B 학부모/보호자 서명**	**서명일**

학부모/보호자 주소		학부모/보호자 이메일	
비상 연락처	가장 좋은 연락 번호	집 전화 번호	휴대전화 번호
기타 비상 연락 정보		학생과의 관계	연락 전화 번호

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:	