

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Предписания будут выполнены после подачи и утверждения. Чтобы выполнение предписания началось с сентября 2026 г., поставьте отметку здесь

Фамилия ребенка	Имя	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер учащегося (OSIS)
Школа ATSDBN / Название	Адрес	Район	Шк. округ	Учебный уровень/класс

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 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</td> <td style="width:25%;">GVOKE</td> <td style="width:25%;">Baqsimi</td> <td style="width:25%;">Zegalogue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM</td> <td><input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC</td> <td><input type="checkbox"/> 3mg Intranasal</td> <td><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	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue	<input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC	<input type="checkbox"/> 3mg Intranasal	<input type="checkbox"/> 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN	<p 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	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue						
<input type="checkbox"/> 1mg SC/IM <input type="checkbox"/> 0.5mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 1mg SC <input type="checkbox"/> 0.5mg SC	<input type="checkbox"/> 3mg Intranasal	<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; margin-top: 10px;"> <tr> <td></td> <td align="center" colspan="3">Meal</td> </tr> <tr> <td>Insulin Dose</td> <td align="center">Breakfast</td> <td align="center">Lunch</td> <td align="center">Snack</td> </tr> <tr> <td>Carb Coverage</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Correction Dose</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td 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> 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 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 <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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Carb Coverage using I:C</td> <td style="width:50%;">Correction using ISF</td> </tr> <tr> <td>$\frac{\# \text{ g carb in meal}}{\text{I:C}} = X \text{ units insulin}$</td> <td>$\frac{\text{bG} - \text{target bG}}{\text{ISF}} = Y \text{ units insulin}$</td> </tr> </table> <p>Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have 1/2 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>	Carb Coverage using I:C	Correction using ISF	$\frac{\# \text{ g carb in meal}}{\text{I:C}} = X \text{ units insulin}$	$\frac{\text{bG} - \text{target bG}}{\text{ISF}} = Y \text{ units insulin}$											
Carb Coverage using I:C	Correction using ISF																	
$\frac{\# \text{ g carb in meal}}{\text{I:C}} = X \text{ units insulin}$	$\frac{\text{bG} - \text{target bG}}{\text{ISF}} = Y \text{ units insulin}$																	

Поддача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или по имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Фамилия ребенка	Имя	Дата рождения	Номер учащегося (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.

Поддача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг. Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Фамилия ребенка	Имя	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер учащегося (OSIS)
Школа ATSDBN / Название:	Адрес	Район	Шк. округ	Учебный уровень/класс

**РОДИТЕЛИ И ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ.
Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:**

- Разрешаю школьной медсестре/школьному центру здоровья (school based health center, SBHC) выдавать моему ребенку рецептурные лекарственные препараты; разрешаю медсестре/подготовленному сотруднику школы/SBHC измерять уровень сахара в крови ребенка и принимать меры для нормализации уровня сахара в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и определенными им уровнем подготовки медсестры/сотрудника. Эти действия можно производить на территории школы и во время школьных экскурсий.
- Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
- Мне известно следующее:
 - Мне требуется предоставить школьной медсестре/SBHC лекарственные препараты, снеки, средства и принадлежности для введения препарата, а также по мере необходимости предоставлять новые препараты, снеки, средства и принадлежности на замену. Отдел школьного здравоохранения (OSH) рекомендует использование безопасных ланцетов и других устройств с безопасными иглами для контроля уровня глюкозы и введения инсулина.
 - Я даю согласие на то, чтобы мой ребенок имел при себе и хранил лекарство, медицинские принадлежности в школе и во время школьных экскурсий в соответствии с решениями, принятыми на заседании группы 504.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.
 - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой. Этикетка должна содержать следующую информацию: **1)** имя и фамилия ребенка, **2)** название и телефон аптеки, **3)** имя и фамилия врача ребенка, **4)** дата, **5)** число повторных заказов, **6)** название препарата, **7)** доза, **8)** время приема, **9)** способ применения и **10)** другие инструкции.
 - Я обязуюсь **немедленно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) согласие на предоставление ребенку медицинских услуг, связанных с лечением диабета. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представляю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проверки уровня сахара в крови.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги для детей с диабетом и может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

ПРИМЕЧАНИЕ. Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Горячая линия OSH для родителей по вопросам, связанным с Запросом на выдачу диабетических препаратов (DMAF): 718-786-4933

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ/ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может самостоятельно принимать лекарство/проводить медицинские процедуры. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC должны удостовериться в способности ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- В случае временной утраты ребенком способности хранить и самостоятельно принимать назначенный врачом глюкогана, я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком этого препарата.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)	Подпись родителя или опекуна в Части А и В	Дата	
Адрес родителя/опекуна	Имейл родителя/опекуна		
Телефоны для срочной связи	Предпочтительный	Домашний	Мобильный
Другое контактное лицо для срочной связи	Родство с учащимся	Телефон	

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:	