

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Будь ласка, надсилайте всі форми постачальника медичних послуг про призначення протидіабетичних препаратів (DMAF) факсом на номер 347-396-8932/8945 або на електронну пошту OSHDMAF@health.nyc.gov

Письмові призначення будуть виконані після їх подання та схвалення. Якщо ви бажаєте розпочати виконання призначення у вересні 2026 року, будь ласка, перевірте тут

Прізвище учня	Ім'я	Дата народження	Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	№ OSIS
Номер школи в ATSDBN	Адреса	Район	Округ	Клас/академічний рівень

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> <th style="width:25%;">Glucagon</th> <th style="width:25%;">GVOKE</th> <th style="width:25%;">Baqsimi</th> <th style="width:25%;">Zegalogue</th> </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 > 100 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)

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 (Must complete Section G)
<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

<p>E1. Hypoglycemia (Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders)</p> <p>E1a. Oral Hypoglycemia Treatment <input type="checkbox"/> For bG < 70 mg/dl or $< \underline{\hspace{1cm}}$ 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 $< \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl, give ____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl.</p> <p>E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders <input type="checkbox"/> For bG $< \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl, no gym or physical activity <input type="checkbox"/> For bG $< \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack* <input type="checkbox"/> For bG $< \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl, give uncovered snack*</p> <p>E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders <input type="checkbox"/> For bG $< \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed <input type="checkbox"/> For bG $< \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up</p>	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
<p>E2. Hyperglycemia <input type="checkbox"/> For bG $> \underline{\hspace{1cm}}$ 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 $> \underline{\hspace{1cm}}$ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin</p>	bG "HI" reading = 500 mg/dl or ____ mg/dl

SECTION F: Insulin Orders

<p>F1. Insulin Name _____ <input type="checkbox"/> No insulin in school * May substitute Novolog with Admelog/Humalog</p> <p>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</p> <p>*For iLet, must complete iLet Pump Orders Form</p> <p>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</p> <p>F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment <input type="checkbox"/> For bG $> \underline{\hspace{1cm}}$ 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>	<p>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:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">Insulin Dose</th> <th colspan="3">Meal</th> </tr> <tr> <th>Breakfast</th> <th>Lunch</th> <th>Snack</th> </tr> <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> </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>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</p> <p>Carb Coverage using I:C $\frac{\# \text{ g carb in meal}}{\text{I:C}} = X \text{ units insulin}$</p> <p>Correction using ISF $\frac{\text{bG} - \text{target bG}}{\text{ISF}} = Y \text{ units insulin}$</p> <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>	Insulin Dose	Meal			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"/>	<p>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 ____</p> <p>F6b. Insulin Sensitivity Factor (ISF) 1 unit decreases bG by: ____ mg/dl from time ____ to ____ ____ mg/dl from time ____ to ____</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following meal, subtract ____ g carbs from meal carb calculation</p>
Insulin Dose	Meal																
	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"/>														

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Будь ласка, надсилайте всі форми постачальника медичних послуг про призначення протидіабетичних препаратів (DMAF) факсом на номер 347-396-8932/8945 або на електронну пошту OSHDMAF@health.nyc.gov

Прізвище учня	Ім'я	Дата народження	№ 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.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня	Ім'я	Дата народження	Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	№ OSIS
Номер школи в ATSDBN	Адреса	Район	Округ	Клас/академічний рівень

БАТЬКИ ТА ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШІТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

- Я даю згоду медсестрі/шкільного медичному центру (SBHC) на видачу моїй дитині призначених препаратів, а також медсестрі/кваліфікованому персоналу/працівнику SBHC на перевірку рівня цукру в крові та лікування гіпоглікемії відповідно до вказівок та рівнів кваліфікації, визначених надавачем медичних послуг моєї дитини. Ці дії можуть бути здійснені на території школи або під час шкільних екскурсій.
- Я також даю згоду на зберігання та використання в школі будь-якого обладнання, необхідного для приймання препаратів моєю дитиною.
- Я розумію, що:
 - Мені необхідно надати шкільній медсестрі/працівнику SBHC препарати, перекуски, обладнання та приладдя моєї дитини, а також замінити такі препарати, перекуски, обладнання та приладдя у разі потреби. Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) рекомендує використовувати безпечні ланцети та інші безпечні голки і приладдя для контролю рівня цукру в крові моєї дитини та введення інсуліну.
 - Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати відповідно до рішень, прийнятих на засіданні групи 504.
 - Всі рецептурні та безрецептурні препарати, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності. Я надам школі призначені станом на зараз, не прострочені препарати для використання моєю дитиною під час шкільних занять.
 - Рецептурні препарати мають містити оригінальну аптечну етикетку на коробці або флаконі. Етикетка має містити: **1)** ім'я моєї дитини, **2)** назву аптеки та номер телефону, **3)** ім'я лікаря моєї дитини, **4) дату**, **5)** кількість повторних призначень, **6)** назву препаратів, **7)** дозування, **8)** час приймання препаратів, **9)** спосіб приймання препаратів та **10)** будь-які інші вказівки.
 - Я негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
 - Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моєї дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
 - Підписуючи цю форму запиту на видачу або введення лікувальних препаратів (MAF), я уповноважую OSH надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
 - Термін дії рецепта на препарати, зазначеного в цій формі MAF, закінчується наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі/працівнику SBHC нової форми MAF (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надам шкільній медсестрі/лікареві SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
 - Служба охорони праці та Департамент освіти забезпечують, щоб моя дитина могла безпечно контролювати рівень цукру в крові.
 - Ця форма становить мою згоду та запит на надання послуг, пов'язаних з лікуванням діабету, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Ця форма не є угодою з OSH на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan). Цей план складає школа.
 - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестер та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. OSH має право отримати цю інформацію від будь-якого лікаря, медсестри або фармацевта, які надавали медичні послуги моїй дитині.

ПРИМІТКА: Бажано, щоб у дні шкільних екскурсій та позашкільних заходів ви забезпечували дитину препаратами та засобами їх введення.

Гаряча лінія OSH для батьків з питань, пов'язаних із цією формою запиту на видачу або введення протидіабетичних препаратів (DMAF): 718-786-4933

ЩОДО САМОСТІЙНОГО ВВЕДЕННЯ препаратів ТА/АБО ВИКОНАННЯ МЕДИЧНИХ ПРОЦЕДУР (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може приймати препарати/проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівник SBHC підтвердять, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів в упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.
- У разі тимчасової втрати дитиною здатності мати при собі та самостійно приймати призначений лікарем глюкагон, я дозволяю шкільній медсестрі або співробітникам школи, що пройшли відповідну підготовку, забезпечити приймання дитиною цього препарату.

ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ/ОПІКУНА

Ім'я батьків/опікуна друківаними літерами	Підпис одного з батьків/опікуна для Частин А і В		Дата підписання
Адреса батьків/опікуна		Електронна адреса батьків/опікуна	
Контактні номер(-ів) на випадок екстреної ситуації	Бажаний контактний № тел.	Домашній № тел.	Мобільний № тел.
Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках	Спорідненість з учнем		Контактний № тел.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Адміністративна форма | 2026-27 навчальний рік
 Будь ласка, надсилайте всі форми постачальника медичних послуг про призначення протидіабетичних препаратів (DMAF) факсом на номер 347-396-8932/8945 або на електронну пошту OSHDMAF@health.nyc.gov

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:	