

تعمیر کردہ ایلزیکہ اطلاع جمع کروانے اور منظوری کے بعد ہوگا۔ اگر آپ ستمبر 2026 میں آرڈر کے اطلاق کا آغاز کرنا چاہتے ہیں تو براہ کرم یہاں نشان لگائیں □

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	تاریخ پیدائش	جنس لڑکی <input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/>	# OSIS
اسکول / ATSDBN نام	پتہ	برو	ضلع	گریڈ / کلاس

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

Diagnosis :SECTION A

Recent A1c .A2 % _____ Date ____/____/____ Result	Diagnosis .A1 Diabetes Mellitus □ Type 1 or □ Type 2 or □ Other
--	--

Emergency Orders :SECTION B

<p>Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA) .B2 CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO ALTERED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES</p> <p>give water, re-test ketones & bG in _____, if ketones small or trace 2 or _____ hrs</p> <p>call parent and _____, give water, if ketones moderate or large :endocrinologist/provider and</p> <p>Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last □ rapid-acting insulin (See F6)</p> <p>□ NO GYM OR PHYSICAL ACTIVITY</p>	<p>Severe Hypoglycemia .B1 ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Zegalogue □ 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN</td> <td style="width:25%;">Baqsimi □ 3mg Intranasal</td> <td style="width:25%;">GVOKE □ 1mg SC □ 0.5mg SC</td> <td style="width:25%;">Glucagon □ 1mg SC/IM □ 0.5mg SC/IM</td> </tr> </table> <p>Turn onto left side to .Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN IF bG is unknown If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available .prevent aspiration and call 911 .glucagon unless otherwise directed</p>	Zegalogue □ 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN	Baqsimi □ 3mg Intranasal	GVOKE □ 1mg SC □ 0.5mg SC	Glucagon □ 1mg SC/IM □ 0.5mg SC/IM
Zegalogue □ 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN	Baqsimi □ 3mg Intranasal	GVOKE □ 1mg SC □ 0.5mg SC	Glucagon □ 1mg SC/IM □ 0.5mg SC/IM		

Glucose Monitoring :SECTION D

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

<p>Continuous Glucose Monitor Use .D2 (Must complete Section G)</p> <p>□ Use CGM readings for glucose monitoring</p> <p>□ Use CGM readings for insulin dosing</p> <p>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</p>	<p>Glucose Monitoring .D1 Times</p> <p>:Monitor PRN and</p> <p>Breakfast □</p> <p>□ Lunch</p> <p>□ Snack</p> <p>□ Gym</p> <p>□ Dismissal</p> <p>□ No bG monitoring</p>	<p>Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, .Skill Level and insulin administration*</p> <p>*Only nurses or supervised/independent students may administer insulin</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Nurse-Dependent Nurse or trained staff must perform</td> <td style="width:50%;">Insulin .C2 Calculation & Administration PICK ONE</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;">Supervised Student to perform with adult supervision</td> <td style="width:50%;">Glucose .C1 Monitoring PICK ONE</td> </tr> <tr> <td style="width:50%;">Independent Student carries supplies & self-administers</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table> <p>I attest that the independent student :FOR INDEPENDENT MEDICATION ADMINISTRATION demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding .glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events</p> <p style="text-align: right;">Provider Initials _____</p>	Nurse-Dependent Nurse or trained staff must perform	Insulin .C2 Calculation & Administration PICK ONE	Supervised Student to perform with adult supervision	Glucose .C1 Monitoring PICK ONE	Independent Student carries supplies & self-administers	
Nurse-Dependent Nurse or trained staff must perform	Insulin .C2 Calculation & Administration PICK ONE							
Supervised Student to perform with adult supervision	Glucose .C1 Monitoring PICK ONE							
Independent Student carries supplies & self-administers								

Glucose Monitoring Parameters :SECTION E

<p>15 g rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz juice</p> <p>*Snacks provided by staff will be between 15-25 g carbs unless Other :otherwise specified in Section I Orders</p>	<p style="text-align: right;">Other Orders) :Hypoglycemia (Provide additional hypoglycemia instructions in Section I .E1)</p> <p>Oral Hypoglycemia Treatment .E1a Recheck bG in 15 min or _____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl .□ 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 □</p> <p>Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders .E1c □ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed</p> <p>Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders .E1b □ 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*</p> <p>Hyperglycemia .E2 bG "HI" reading = 500 mg/dl or _____ mg/dl no gym and □ check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2) □, □ For bG > _____ mg/dl pre-gym □ For bG > _____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or _____ hrs since last rapid-acting insulin</p>
---	---

Insulin Orders :SECTION F

<p>Insulin Dose Calculation Ratios .F6 Times will be 7am - 4pm if not specified Target bG .F6a</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>Insulin Sensitivity Factor (ISF) .F6b :1 unit decreases bG by _____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>_____ mg/dl from time _____ to _____</p> <p>Insulin:Carb Ratio (I:C) .F6c Time _____ to _____ OR Breakfast</p> <p>1 unit per _____ g carbs</p> <p>Time _____ to _____ OR Lunch</p> <p>1 unit per _____ g carbs</p> <p>Time _____ to _____ OR Snack</p> <p>1 unit per _____ g carbs</p> <p>□ If gym/recess is immediately following meal, subtract _____ g carbs from meal carb calculation</p>	<p>Insulin Calculation Methods .F5 I:C □ Sliding Scale □ Fixed Dose □:Carb Coverage Using .F5a ISF □ Sliding Scale □:Correction Dose Using .F5b :Insulin Dosing for Meals .F5c</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Meal</th> <th rowspan="2">Insulin Dose</th> </tr> <tr> <th>Snack</th> <th>Lunch</th> <th>Breakfast</th> <th></th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Carb Coverage</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Correction Dose</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>Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration .F5d Breakfast □ Lunch □ Snack □ □: Give insulin after -□ If bG > target bG or _____ mg/dl, give correction dose pre meal and carb coverage after meal</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Correction using ISF $\frac{bG - target\ bG}{ISF} = Y\ units\ insulin$</td> <td style="width:50%;">Carb Coverage using I:C $\frac{\#\ g\ carb\ in\ meal}{I:C} = X\ units\ insulin$</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 ½ unit marks unless otherwise instructed by Round DOWN to nearest 0.1 unit for pumps unless following .PCP/Endocrinologist .pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders</p>	Meal				Insulin Dose	Snack	Lunch	Breakfast		□	□	□		Carb Coverage	□	□	□		Correction Dose	Correction using ISF $\frac{bG - target\ bG}{ISF} = Y\ units\ insulin$	Carb Coverage using I:C $\frac{\#\ g\ carb\ in\ meal}{I:C} = X\ units\ insulin$	<p>Insulin Name .F1 _____ □ No insulin in school * May substitute Novolog with Admelog/Humalog</p> <p>Insulin Delivery Method .F2 □ Syringe/Pen □ SmartPen- use app recommendations □ Pump (Brand) *if left blank, will use syringe/pen</p> <p>*For iLet, must complete iLet Pump Orders Form</p> <p>Insulin Pump Orders .F3 *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 Start 60 min or _____ min prior to exercise until 120 :□ Activity Mode min or _____ min after exercise</p> <p>Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment .F4 □ 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</p>
Meal				Insulin Dose																			
Snack	Lunch	Breakfast																					
□	□	□		Carb Coverage																			
□	□	□		Correction Dose																			
Correction using ISF $\frac{bG - target\ bG}{ISF} = Y\ units\ insulin$	Carb Coverage using I:C $\frac{\#\ g\ carb\ in\ meal}{I:C} = X\ units\ insulin$																						

# OSIS	تاریخ پیدائش	پہلا نام	طالب علم کا آخری نام
--------	--------------	----------	----------------------

Insulin Orders (Continued) :SECTION F

Fixed Dosing for Carb Coverage .F8

:Correction Dose and for carb coverage ADD :Correct bG using method in Section F5a
 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)

Alternate Rounding Instructions .F9

0.50-1.49u rounds to 1u : Round insulin dosing to nearest whole unit
 0.25-0.74u : For half unit pen/syringe, round insulin dosing to nearest half unit rounds to 0.5u

Long-Acting Insulin .F10

Give long-acting insulin at school
 _____:Name
 _____:Dose
 _____:Time
OR pre-lunch _____:Time
 Long-acting insulin may be given at the same time as rapid-acting insulin at a different injection site (e.g., different arms)

Other Orders) .Sliding Scales (Provide additional sliding scales in Section I .F7

.If ranges overlap, the lower dose will be given .Do **NOT** overlap ranges (e.g., 0-100, 101-200, etc.)
 :Provide a range from 0 to "high" bG, which is 500 mg/dl unless otherwise specified in Section E2
 Other :Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless specified in Section I .Hyperglycemia
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

Carb Coverage PLUS Correction Dose .F7b			Correction Dose .F7a	
:Use For	Units	bG (mg/dl)	Units	bG (mg/dl)
Breakfast <input type="checkbox"/>		- Zero	0	- Zero
Lunch <input type="checkbox"/>		-		-
Snack <input type="checkbox"/>		-		-
See attached <input type="checkbox"/>		-		-
		-		-
		-		-
		-		-

Continuous Glucose Monitoring (CGM) Orders [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion'] :SECTION G

_____ :Name and Model of CGM .G1

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 .manufacturer's instructions
 .For sG < 70mg/dl, check bG and follow hypoglycemia orders on DMAF, unless otherwise ordered below .readings < 70 mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers)

.Use CGM grid below **OR** see attached CGM instructions :CGM Instructions .G2

	Action	Arrows	CGM Reading
<input type="checkbox"/> use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan		Any arrows	sG < 60 mg/dl
.Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG .Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan		or → ↘, ↓↓, ↓	sG 60-69 mg/dl
.Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG .Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic		or ↗, ↑↑, ↑	sG 60-69 mg/dl
.Otherwise, recheck in 15-20 min .Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic		Any arrows	sG ≥ 70 mg/dl
.Follow bG DMAF orders for insulin dosing		↓↓, ↓	sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess
.If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 g of carbs from lunch carb calculation .Give 15 g uncovered carbs		Any arrows	sG ≥ 250 mg/dl
.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

Parental Input into Dosing :SECTION H

Taking .may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations _____.(Parent(s)/Guardian(s) **(MUST GIVE NAME**
 .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 by _____% or down by _____% of the prescribed dose
 .based on parental input and nursing judgement Nurse may adjust calculated dose up or down up to _____ units based on parental input and
 .nursing judgement

If the parent requests a similar adjustment for > 5 days in a row, the _____ - _____ (_____) Health care provider can be reached for urgent dosing orders at :**MUST COMPLETE**
 .nurse will contact the health care provider to see if the school orders need to be revised

Home Medications :SECTION J

Time	Frequency	Route	Dose	Medication

Other Orders :SECTION I

--

Additional Information :SECTION K

For nurse to .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
 .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)

Date	Signature	First name	Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)
		MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> :Credentials	
Email	ZIP	City/State	Address Street

# OSIS	جنس لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی <input type="checkbox"/>	تاریخ پیدائش	پہلا نام	طالب علم کا آخری نام
گریڈ / کلاس	ضلع	برو	پتہ	اسکول / ATSDBN نام

والدین اور سرپرست: پڑھ کر مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اس بات پر رضا مند ہوں کہ نرس/اسکول میں قائم صحت کے مرکز (SBHC) کا فراہم کنندہ میرے بچے کی تجویز کردہ دوا دے، اور نرس/تربیت یافتہ عملہ/SBHC فراہم کنندہ ان کی خون کی شکر کی مقدار چیک کرے اور ان کی خون کی شکر میں کمی کا علاج کرے جو میرے بچے کے صحت کی دیکھ بھال کرنے والے فراہم کنندہ کی ہدایات اور مہارت کی سطح کے مطابق ہو۔ یہ اقدامات اسکول کے احاطے میں یا اسکول کے دوروں کے دوران کیے جا سکتے ہیں۔
2. میں اپنے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی قسم کے آلات کو اسکول میں ذخیرہ اور استعمال کرنے کی اجازت بھی دیتا ہوں۔
3. میں آگاہ ہوں کہ:
 - مجھے اسکول کی نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا، سنیکس، آلات اور متعلقہ اشیاء فراہم کرنا ہوں گی اور مجھے ضرورت کے مطابق ان ادویات، سنیکس، آلات اور متعلقہ اشیاء کو بدلنا بھی ہوگا۔ اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کے خون میں شوگر کی مقدار کی جانچ کرنے اور انسولین دینے کے لیے محفوظ نشتر (سیفی لینیسٹ) اور دیگر محفوظ سوئی کے آلات اور سامان استعمال کرنا تجویز کرتا ہے۔
 - "میں اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ میرا بچہ اپنی دوا/متعلقہ اشیاء اسکول میں اور دوروں کے دوران اپنے 504 اجلاس میں بیان کردہ طریقے سے لے کر جائے اور محفوظ کرے۔
 - تمام تجویز کردہ اور 'کاؤنٹرپر دستیاب' دوا جو میں اسکول کو فراہم کروں گا، وہ نئی، مہربند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی چاہیے۔ میں اسکول کو اپنے بچے کے اسکول کے دنوں کے دوران استعمال کے لیے موجودہ اور غیر معیاد شدہ دوا فراہم کروں گا۔
 - نسخہ والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا ضروری ہے۔ لیبل پر شامل ہونا ضروری ہے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے معالج کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک (8) دوا کی لینے کی تاریخ، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - "مجھے اپنے بچے کی دوا یا طبی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں فوراً اسکول کی نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اطلاع دینا ہوگی۔
 - OSH اور اس کے وہ نمائندے جو میرے بچے کو درج بالا صحت کی خدمات فراہم کر رہے ہیں، اس فارم میں دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
 - ان ادویات کو دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے میں OSH کو اپنے بچے کی ذیابیطس سے متعلقہ صحتی نگہداشت خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں کلینیکل معائنہ یا OSH کے طبی نگہداشت فراہم کنندگان یا نرس کے ذریعے جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے، لیکن یہ ان تک محدود نہیں۔
 - "اس MAF میں دی گئی دوا کی ہدایت میرے بچے کے تعلیمی سال کے اختتام پر، جس میں گرمیوں کا سیشن بھی شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول کی نرس/SBHC فراہم کنندہ کو نیا MAF (جو بھی پہلے ہو،) ختم ہو جائے گی۔ دوا کے اس آرڈر کے ختم ہو جانے کے بعد، میں اپنے بچے کے معالج کی جانب سے تجویز کردہ نئے MAF کو اپنے بچے کی اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو دوں گا۔
 - OSH اور محکمہ تعلیم (DOE) اس بات کو یقینی بنانے میں میرا بچہ محفوظ طریقے سے اپنی خون کی شکر کی مقدار کی جانچ کر سکے۔
 - یہ فارم میری رضامندی اور اس فارم میں بیان کی گئی ذیابیطس سے متعلق خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہ راست OSH کو بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ "اگر OSH ان خدمات کی فراہمی کا فیصلہ کرتا ہے، تو میرے بچے کو طالب علم سہولت منصوبے کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - اپنے بچے کی دیکھ بھال یا علاج کی غرض سے، OSH میرے بچے کی طبی حالت، دوا، یا علاج سے متعلق کوئی بھی ایسی معلومات حاصل کر سکتا ہے جسے وہ ضروری سمجھتا ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت فراہم کنندگان، نرس، یا فارماسسٹ سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت کی خدمات فراہم کی ہوں۔

نوٹ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

ذیابیطس کی ادویات دینے کا فارم (DMAF) کے بارے میں والدین کے سوالات کے لیے OSH ہاٹ لائن: 718-786-4933

خود دوا کھانے اور / یا طریقہ کار پر عمل کرنے کے لیے (صرف خودمختار طلباء کے لیے):

- میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل طور پر تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے دوا لے سکتا اور / یا مطلوبہ طبی طریقہ کار انجام دے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوائیوں کو اسکول اور دوروں پر لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا کے استعمال کی نگرانی کرنے اور اسکول میں اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی خود ذمہ دار ہوں۔ اسکول کی نرس یا SBHC فراہم کنندگان میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود دینے کی صلاحیت کی تصدیق کریں گے۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "اضافی ذخیرہ" (بیک اپ) دوں گا۔
- میں اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور لینے کے قابل نہ ہو تو اسکول کی نرس یا تربیت یافتہ اسکول کا عملہ میرے بچے کو گلوکوکون دے، اگر یہ ان کے معالج کی طرف سے تجویز کیا گیا ہو۔

والدین / سرپرست ذیل میں دستخط کریں

والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین / سرپرست کے حصہ A اور B کے لیے دستخط	دستخط کی تاریخ
والدین / سرپرست کا پتہ	والدین سرپرست کی ای میل	
بہنگامی حالات میں رابطے کے لیے فون نمبر	ترجیحی رابطہ فون نمبر۔	گھر کا فون نمبر۔
بہنگامی حالات میں متبادل رابطے کا نام	طالب علم کے ساتھ رشتہ	رابطہ فون نمبر۔
	سیل فون نمبر۔	

For Office of School Health (OSH) Use Only

:OSIS Number	
:Date _____ / ____ / ____	Name :Received by
:Date _____ / ____ / ____	Name :Reviewed by
:Referred to School 504 Coordinator NO <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	IEP <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/>
Nurse/NP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (for supervised students only)	:Services provided by
:Date _____ / ____ / ____	:Signature and Title (RN or SMD)
:Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison _____ / ____ / ____	
:Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner Clarified <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/>	
:Notes	