

**ÉCHÉANCE : 1<sup>er</sup> juin. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Faxes tous les DMAF au 347-396-8932/8945**

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Numéro OSIS : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
 École (nom, numéro, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

**HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW/PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**  
 [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Type 1 Diabetes  Type 2 Diabetes  Non-Type 1/Type 2 Diabetes  Other Diagnosis: \_\_\_\_\_  
**Recent A1C:** Date: \_\_\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_ %

**Orders written will be for Sept. 2022 through Aug. 2023 school year unless checked here:**  **Current School Year 2021-2022 and 2022-2023**

**EMERGENCY ORDERS**

**Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911**

Glucagon <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM	GVOKE <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM	Baqsimi <input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal	Zegalogue <input type="checkbox"/> 0.6 mg SC may repeat in 15 min if needed
---	--	--	---

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.

**Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)**

Test ketones if bG > \_\_\_\_\_ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5F  
 Test ketones if bG > \_\_\_\_\_ mg/dl for the 2nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F  
 ► If small or trace give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or \_\_\_\_\_ hrs  
 ► If ketones are moderate or large, give water; Call parent and Endocrinologist  NO GYM  
 ► If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911  
 Give insulin correction dose if > 2 hrs or \_\_\_\_\_ hours since last insulin.

**SKILL LEVEL**

**Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level**

Nurse / adult must check bG.  
 Student to check bG with adult supervision.  
 Student may check bG without supervision.

**Insulin Administration Skill Level**

Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication.  
 Supervised student: student self-administers, under adult supervision.

Independent Student Self-carry / Self-administer (*MUST Initial attestation*) I attest that the independent student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips and school sponsored events.

\_\_\_\_\_  
 Provider Initials

**BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]**

Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin)  Give insulin after  Breakfast  Lunch  Snack  Gym  PRN

**Hypoglycemia Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.**

For bG < \_\_\_\_\_ mg/dl give \_\_\_\_\_ gm rapid carbs at  Give insulin after  Breakfast  Lunch  Snack  Gym  PRN  T2DM - no bG monitoring or insulin in school  
 Repeat bG testing in 15 or \_\_\_\_\_ min. If bG still < \_\_\_\_\_ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > \_\_\_\_\_  
 For bG < \_\_\_\_\_ mg/dl give \_\_\_\_\_ gm rapid carbs at  Give insulin after  Breakfast  Lunch  Snack  Gym  PRN **15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz. juice**  
 Repeat bG testing in 15 or \_\_\_\_\_ min. If bG still < \_\_\_\_\_ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > \_\_\_\_\_  
 For bG < \_\_\_\_\_ mg/dl give pre-gym, no gym  For bG < \_\_\_\_\_ mg/dl  Pre-gym  PRN; treat Hypoglycemia then give snack.

**Mid-Range Glycemia**

Insulin is given before food unless noted here

Give insulin after  Breakfast  Lunch  Snack  Give snack before gym

**Hyperglycemia**

Insulin is given before food unless noted here

Give insulin after  Breakfast  Lunch  Snack

No Gym For bG > \_\_\_\_\_ mg/dl  Pre-gym and/or  PRN  
 For bG > \_\_\_\_\_ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or \_\_\_\_\_ hrs. since last insulin For bG meter reading "High" use bG of 500 or \_\_\_\_\_ mg/dl  
 **Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal**  Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal  
 For sG or bG values < \_\_\_\_\_ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and give \_\_\_\_\_ gm carb snack before dismissed  
 For sG or bG values < \_\_\_\_\_ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and do not send on bus/mass transit, parent to pick up from school.

**INSULIN ORDERS**

**Insulin Name\***

\*May substitute Novolog with Humalog/Admelog  
 No Insulin in School  No Insulin at Snack

**Insulin Calculation Method**

Carb coverage ONLY at  Breakfast  Lunch  Snack  
 Correction dose ONLY at  Breakfast  Lunch  Snack

**Insulin Calculation Directions (give number, not range)**

Target bG = \_\_\_\_\_ mg/dl

Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least 2 hrs or \_\_\_\_\_ hrs. since last insulin at  Breakfast  Lunch  Snack

**Insulin Sensitivity Factor (ISF)**

1 unit decreases bG by \_\_\_\_\_ mg/dl

(time \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

1 unit decreases bG by \_\_\_\_\_ mg/dl

(time \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.

**Delivery Method:**

Syringe/Pen  Smart Pen – use pen Suggestions  
 Pump (Brand) \_\_\_\_\_

**Correction dose calculated using**

ISF or  Sliding Scale  
 Fixed Dose (see Other Orders)  Sliding Scale (See Part B)  
 If gym/recess is immediately following lunch, subtract \_\_\_\_\_ carbs from lunch calculation.

**Carb Coverage**

**Correction Dose using ISF**

# gm carb in meal = X units insulin **bG – Target bG = X units insulin**  
 # gm carb in I:C ISF

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.

**For Pumps–Basal Rate In School**

\_\_\_\_\_ am/pm to \_\_\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_ units/hr  
 \_\_\_\_\_ am/pm to \_\_\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_ units/hr  
 \_\_\_\_\_ am/pm to \_\_\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_ units/hr  
 Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump.  Suspend/disconnect pump for gym  
 Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for \_\_\_\_\_ min.

**Additional Pump Instructions**

Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)  
 For bG > \_\_\_\_\_ mg/dl that has not decreased in \_\_\_\_\_ hrs after correction, consider pump failure and notify parents.  
 For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents.  
 For pump failure, only give correction dose if > \_\_\_\_\_ hrs since last insulin.

**Insulin to Carb Ratio (I:C)**

Breakfast OR time \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 1 unit per \_\_\_\_\_ gms carbs  
 Snack OR time \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 1 unit per \_\_\_\_\_ gms carbs  
 Lunch OR time \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 1 unit per \_\_\_\_\_ gms carbs  
 Lunch followed by gym \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 1 unit per \_\_\_\_\_ gms carbs

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS OHS DMAF REV 6/21**

**FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT HEALTH CARE PRACTITIONERS: COMPLETE 'PART B' AND SIGN →**

Student Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ OSIS Number: \_\_\_\_\_

**CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING (CGM) ORDERS** [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

- Use CGM readings - For CGM's used to replace finger stick bG readings, only devices FDA approved for use and age may be used within the limits of the manufacturer's protocol. (sG = sensor glucose). **Name and Model of CGM:** \_\_\_\_\_

For CGM used for insulin dosing: finger stick bG will be done when: the symptoms don't match the CGM readings; 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).  CGM to be used for insulin dosing and monitoring — **must be FDA approved for use and age**

**sG Monitoring** Specify times to check sensor reading  Breakfast  Lunch  Snack  Gym  PRN [if none checked, will use bG monitoring times] For sG < 70mg/dl check bG and follow orders on DMAF, unless otherwise ordered below. Use CGM grid below OR  See attached CGM instruction

CGM reading	Arrows	Action
sG < 60 mg/dl	Any arrows	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.
sG 60-70 mg/dl	and ↓, ↓↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.
sG 60-70 mg/dl	and ↑, ↑↑, or ↗	If symptomatic, treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; if not symptomatic, recheck in 15-20 minutes. If still <70 mg/dl check bG.
sG >70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	and ↓, ↓↓	Give 15 gms uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 gms of carbs from lunch carb calculation.
sG ≥ 250	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing

- For student using CGM, wait 2 hours after meal before testing ketones with hyperglycemia.

**PARENTAL INPUT INTO INSULIN DOSING**

Parent(s)/Guardian(s) (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 practitioner and in keeping with nursing judgment.

**Please select ONE option below:**

- Nurse may adjust calculated dose up or down up to \_\_\_\_\_ units based on parental input and nursing judgment.  Nurse may adjust calculated dose up by \_\_\_\_\_% or down by \_\_\_\_\_% of the prescribed dose based on parental input and nursing judgment.

**MUST COMPLETE** Health care practitioner can be reached for urgent dosing orders at: \_\_\_\_\_ If the parent requests a similar adjustment for > 2 days in a row, the nurse will contact the health care practitioner to see if the school orders need to be revised.

**Sliding Scale**

Do NOT overlap ranges (e.g. enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless other orders.

Time	bG	Units Insulin	Other Time	bG	Units Insulin
	Zero - _____			Zero - _____	
<input type="checkbox"/> Lunch	_____ - _____		<input type="checkbox"/> Lunch	_____ - _____	
<input type="checkbox"/> Snack	_____ - _____		<input type="checkbox"/> Snack	_____ - _____	
<input type="checkbox"/> Breakfast	_____ - _____		<input type="checkbox"/> Breakfast	_____ - _____	
<input type="checkbox"/> Correction Dose	_____ - _____		<input type="checkbox"/> Correction Dose	_____ - _____	
	_____ - _____			_____ - _____	
	_____ - _____			_____ - _____	

**Optional Orders**

- Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.51-1.50u rounds to 1.00u.  Use sliding scale for correction **AND** meals ADD: \_\_\_\_\_ units for lunch; \_\_\_\_\_ units for snack; \_\_\_\_\_ units for Breakfast (sliding scale must be marked as correction dose only).
- Round insulin dosing to nearest half unit: 0.26-0.75u rounds to 0.50 u (must have half unit syringe/pen).
- Long-acting insulin given in school - Dose \_\_\_\_\_ units - Time \_\_\_\_\_ or  Lunch  
Insulin Name \_\_\_\_\_

**Snack Orders**

- Student may carry and self-administer snack Snack time of day: \_\_\_\_\_ Type & amount of snack: \_\_\_\_\_

**Other Orders**

**HOME MEDICATIONS**

None

Medication	Dose	Frequency	Time
Insulin			
Other			

**ADDITIONAL INFORMATION**

Is the child using altered or non-FDA approved equipment?  Yes or  No [Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA devices. Please provide pump-failure and/or back up orders on DMAF Part A Form.]

**By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).**

**Health Care Practitioner**

Last Name (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ Check one:  MD  DO  NP  PA

Address: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

ÉCHÉANCE : 1<sup>er</sup> juin. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

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

1. J'autorise l'infirmière à administrer à mon enfant les médicaments prescrits, et l'infirmière ainsi que le personnel formé 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.
2. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
3. **Je comprends que :**
  - Je dois donner à l'infirmière scolaire 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 ainsi que d'autres matériels et dispositifs d'aiguille de sécurité pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline.
  - **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 du médecin de mon enfant, **4)** la date, **5)** le nombre de renouvellements, **6)** le nom du médicament, **7)** la posologie, **8)** quand prendre le médicament, **9)** le mode d'administration du médicament et **10)** toute autre instruction.
  - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école 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 des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière 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 à l'infirmière de l'école (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF.
  - L'OSH et le Département de l'Éducation (DOE) doivent veiller à ce que mon enfant puisse contrôler sa glycémie en toute sécurité.
  - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services liés au diabète indiqués ici. 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, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

**Assistance téléphonique de l'OSH pour les parents concernant toute question sur le Formulaire d'administration de traitement médicamenteux contre le diabète (DMAF) : 718-310-2496**

**POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES)**

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrits 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. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. 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 l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel scolaire formé administre le Glucagon injectable et/ou le Glucagon nasal à mon enfant (en vigueur depuis août 2021) s'il lui est prescrit par son prestataire de santé et si mon enfant est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer.

**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.**

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

École (DBN ATS/nom) : \_\_\_\_\_ Borough : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : \_\_\_\_\_ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur/de la tutrice pour les parties A et B : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : En journée : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

**Autre contact d'urgence :**

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

---

**For Office of School Health (OSH) Use Only/Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH)**

OSIS Number: \_\_\_\_\_

Received by - Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

504  IEP  Other: \_\_\_\_\_

Reviewed by - Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Referred to School 504 Coordinator:  Yes  No

Services provided by:  Nurse/NP  OSH Public Health Advisor (for supervised students only)  School Based Health Center

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  Modified

---

**Notes:**