

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____
 OSIS учащегося: _____ Школьный округ DOE: _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Пол: мужской женский
 Школа (название, номер, адрес и район): _____

[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 2021-22 and 2022-23**

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911

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

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 1/4 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 3/22

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: _____

CDC и AAP рекомендуют ежегодные прививки от гриппа всем детям с диабетом.

**ВНИМАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ.
Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:**

1. Разрешаю школьной медсестре выдавать моему ребенку рецептурные лекарственные препараты; разрешаю медсестре/подготовленному сотруднику измерять уровень сахара в крови ребенка и принимать меры по нормализации уровня сахара в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и установленным уровнем подготовки медсестры/сотрудника. Эти действия можно производить на территории школы и во время школьных экскурсий.
2. Также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
3. **Я понимаю, что**
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственными препаратами, снеками, необходимыми средствами для введения препарата и принадлежностями, 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.
 - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным, назначенным на текущее время лекарством для его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны **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 обязан **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Сотрудники Отдела школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (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 предписанию мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
 - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проверки уровня сахара в крови.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению диабета. Она не является договором с OSH об оказании 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 моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.

Горячая линия OSH для родителей по вопросам, связанным с Запросом на выдачу диабетических препаратов (DMAF): 718-310-2496

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы вводить прописанный врачом инъекционный и/или — с августа 2021 г. — назальный глюкагон, в случае временной утраты ребенком способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Сведения об учащемся.

Фамилия: _____ Имя: _____ Ср. имя _____ Дата рождения: _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Округ: _____

Сведения о родителе/опекуне.

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл: _____

Подпись **родителя или опекуна** в Части А и В: _____ Дата подписания: _____

Адрес **родителя/опекуна**: _____

Телефоны: Дневной: _____ Домашний _____ Мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок 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: