

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar. Envíe los formularios DMAF por fax al 347-396-8932/8945.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número OSIS: _____ Distrito del DOE: _____ Grado: _____ Clase: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Escuela (incluya el nombre número, dirección y condado): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW
 [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	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*

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

*May substitute Novolog with Humalog/Admelog

- No Insulin in School No Insulin at Snack

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 ½ 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

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar. Envíe los formularios DMAF por fax al 347-396-8932/8945.

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: _____

Los CDC y la AAP recomiendan enfáticamente que todos los niños diagnosticados con diabetes sean vacunados anualmente contra la influenza.

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar. Envíe los formularios DMAF por fax al 347-396-8932/8945.

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Año escolar **2022-2023**

PADRES O TUTORES: LEAN, LLENEN Y FIRMEN. AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. Autorizo que se guarden en la escuela los medicamentos de mi hijo y que se le administren según las indicaciones de su médico.
2. También doy mi autorización para que se utilicen los equipos necesarios para guardar y usar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
3. **Entiendo que:**
 - Debo entregarle los medicamentos y equipos a la enfermería escolar. Haré lo posible por proporcionarle a la escuela autoinyectores de epinefrina con aguja retráctil.
 - **Todos los medicamentos con y sin receta que entregue a la escuela deben ser nuevos y estar sin abrir en su frasco o caja original. Proporcionaré a la escuela medicamentos que no estén vencidos para que mi hijo los tome durante el día escolar.**
 - Los medicamentos con receta deben tener la etiqueta original de la farmacia en la caja o el frasco. Esta etiqueta deberá incluir:
 - 1) nombre de mi hijo, 2) nombre y teléfono de la farmacia, 3) nombre del médico de mi hijo, 4) fecha, 5) número de reposiciones de la receta, 6) nombre del medicamento, 7) dosis, 8) cuándo tomar el medicamento, 9) cómo tomar el medicamento y 10) cualquier otra indicación.
 - Por la presente confirmo y certifico que, tras confirmar con el médico de mi hijo, autorizo a la Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health*, OSH) a administrar los medicamentos de reserva para mi hijo, en caso de que el medicamento para el asma o de epinefrina de mi hijo no esté disponible.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería escolar si se produce algún cambio respecto al medicamento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - La OSH y sus representantes que participan en la prestación de los servicios de salud arriba mencionados confían en que la información proporcionada en este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario de administración de medicamentos (*Medication Administration Form*, MAF) autorizo a la OSH a proporcionarle servicios de salud a mi hijo. Estos servicios pueden incluir, entre otros, una evaluación clínica o un examen físico de un médico o personal de enfermería de la OSH.
 - La orden de medicamentos de este formulario MAF vence al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero). Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería escolar un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo. La OSH no necesitará mi firma para futuros formularios MAF.
 - El presente formulario constituye mi autorización y la solicitud de los servicios para alergias aquí descritos. Este formulario no constituye un acuerdo de la OSH para proporcionar los servicios solicitados. Si la OSH decide proporcionar estos servicios, es posible que mi hijo también necesite un Plan de Adaptaciones para Estudiantes. La escuela completará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicamentos o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a su hijo.

Línea directa de la OSH para padres que tengan preguntas sobre el Formulario de administración de medicamentos para la diabetes (Diabetes Medication Administration Form, DMAF): 718-310-2496

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES):

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos sin supervisión. Doy mi autorización para que mi hijo porte, guarde y se tome en la escuela el medicamento recetado. Soy responsable de entregarle a mi hijo dicho medicamento, ya sea en frascos o cajas, como se describió anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso que mi hijo le dé al medicamento y de las consecuencias de dicho uso en la escuela. La enfermería escolar confirmará que mi hijo es capaz de portar y tomar el medicamento por sí solo. También accedo a entregarle a la escuela medicamento de reserva en cajas o frascos con etiquetas claramente visibles.
- Autorizo a que la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren la epinefrina a mi hijo si este temporalmente no puede portarla o suministrársela por sí solo.

NOTA: durante las excursiones y las actividades escolares fuera de la escuela, es preferible que usted envíe los medicamentos y equipos para su hijo.

Apellido del **estudiante**: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela (ATS DBN/Nombre): _____ Condado: _____ Distrito: _____
 Nombre completo del **padre o tutor** (en letra de imprenta): _____ Correo electrónico del padre o tutor: _____
 Firma del **padre o tutor**: _____ Fecha de la firma: _____
 Dirección del **padre o tutor**: _____
 Celular del **padre o tutor**: _____ Otro teléfono: _____
 Nombre y relación con el estudiante de **otro contacto para emergencias**: _____
 Teléfono del **otro contacto para emergencias**: _____

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar. Envíe los formularios DMAF por fax al 347-396-8932/8945.

For Office of School Health (OSH) Use Only / Para uso exclusivo de la 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: