

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেয়ি হতে পারে

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

OSIS নম্বর: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____ গ্রোড: _____ ক্লাস: _____ লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ স্ত্রী

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা এবং বরো উল্লেখ করুন): _____

[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. 2021 through Aug. 2022 school year unless checked here: ☐ Current School Year 2021-2022

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911

Glucagon ☐ 1 mg ☐ _____mg SC/IM	GVOKE ☐ 1 mg ☐ _____mg SC/IM	Baqsimi ☐ 3 mg Intranasal	Zegalogue ☐ 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*

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.

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.

Carb Coverage

Correction Dose using ISF

gm carb in meal = X units insulin bG – Target bG = X units insulin
gm carb in l:C _____ ISF _____

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 →

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন পহেলা (1) জুনের পর কর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন

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 ☐ 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 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 – _____	
☐ Lunch	_____ – _____		☐ Lunch	_____ – _____	
☐ Snack	_____ – _____		☐ Snack	_____ – _____	
☐ Breakfast	_____ – _____		☐ Breakfast	_____ – _____	
☐ Correction Dose	_____ – _____		☐ 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: _____

ডায়াবেটিস আছে যেসব ছেলেমেয়ের, তাদের সবাইকে CDC এবং AAP বাৎসরিক মৌসুমি ইনফ্লুয়েঞ্জার টিকা বা ভ্যাকসিন গ্রহণের সুপারিশ করে।

শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে নার্স আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবে, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ ব্রাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবে, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্রাড সুগারের পরিচর্যা করবে নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী। চিকিৎসা প্রদান করা হতে পারে স্কুল গ্রাউন্ডে অথবা স্কুল ট্রিপের সময়।
- আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:**
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ, ম্যাকস, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সাপ্লাই প্রদান করবে এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে সেগুলো যেমন ঔষধ, ম্যাকস, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সাপ্লাই পুরো করে দিতে হবে। OSH নিরাপদ ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল ডিভাইস ও সাপ্লাই আছে সেগুলো আমার সন্তানের ব্রাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনসুলিন দিতে পরামর্শ দেয়।
 - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার” (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাজের মধ্যে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) নয়, এমন ঔষধ প্রদান করবো।
 - প্রেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাজের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে আমি স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাবো।
 - OSH এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে, তা আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, এতে গ্রীষ্মকালীন বা সামার সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে)। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সের কাছে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো। ভবিষ্যতে MAF-এর জন্য আমার স্বাক্ষর OSH-এর প্রয়োজন হবে না।
 - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্রাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করার জন্য দায়বদ্ধ।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারেন।

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (DMAF) সংক্রান্ত প্রশ্নাবলীর জন্য OSH প্যারেন্ট হটলাইন: 718-310-2496

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা)

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাজ প্রদানে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাজ অথবা বোতলে “মওজুদ” (ব্যাক আপ) ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
- আমার সন্তানকে তার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ইঞ্জেকশন হিসেবে প্রদানযোগ্য গ্লুকাগন এবং/অথবা নাক দিয়ে দেয়ার গ্লুকাগন (অগাস্ট 2021-এ কার্যকর) প্রদানের জন্য ব্যবস্থাপত্র প্রদান করেন ও আমার সন্তান যদি সাময়িকভাবে তার ঔষধ বহন ও সেবন করতে অপারগ হয়, তাহলে আমি স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীদেরকে সেটা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি।

দ্রষ্টব্য: ভাল হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: _____ জন্মতারিখ: _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পার্ট A এবং B-এর জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

কোন নম্বর: দিনে: _____ বাড়ি: _____ সেলফোন: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ:

নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নম্বর: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

উপযুক্ত অফিস অফ স্কুল হেলথ (OSH)-এর ব্যবহারের জন্য

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: