NYC Health | Office of School Health

당뇨약 투약 양식[파트 A]

의료제공자 투약 지시 양식 | 2021-2022 학년도

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.

학생 성: _____ 이름: _____ 생년월일: _____

OSIS 번호: _____ 교육청 학군: ____ 학년: _____ 학급: _____ 성별: ☐ 남 ☐ 여

학교(이름 번호, 주소 보로 포함): _____

[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	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1 mg	☐ 1 mg	☐ 3 mg	☐ 0.6 mg SC
☐ _____mg	☐ _____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

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

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.

☐ T2DM - no bG monitoring or insulin in school

15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz. juice

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

Carb coverage plus correction dose when bG > Target **AND** at least 2 hrs or_____hrs. since last insulin at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Insulin Calculation Directions (give number, not range)

Target bG =_____mg/dl

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
gm carb in meal = X units insulin
gm carb in I:C

Correction Dose using ISF
bG – Target bG = X units insulin
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 pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min.
☐ Suspend/disconnect pump for gym

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 ➔

NYC Health | Office of School Health

당뇨약 투약 양식[파트 B]

의료제공자 투약 지시 양식 | 2021-2022 학년도

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다. **모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.**

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 ofcarbs 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 lowerdose 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.

◯ Round insulin dosing to nearest half unit:; 0.26-0.75u rounds to 0.50 u (must have half unit syringe/pen).

☐ 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).

☐ 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 & AAP에서는 당료 진단을 받은 모든 어린이들이 매년 계절성 인플루엔자 백신 접종을 받을 것을 추천합니다.

FOR PRINT USE ONLY | Confidential Information should not be sent by email.

NYC Health | Office of School Health

당뇨약 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 2021-2022 학년도

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다. **모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.**

학부모/보호자님께: 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

1. 본인은 간호사가 자녀에게 처방된 약품을 주고 간호사/훈련 받은 교직원이 혈당을 검사하며 자녀의 의료 보건 담당자가 결정한 지시 및 숙련도에 따라 낮은 혈당을 치료하도록 동의합니다. 이러한 치료는 교내 또는 학교 견학 중 제공됩니다.
2. 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
3. ***저는 다음 사항을 이해합니다:***
   - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 약, 간식, 기구 및 비품을 제공하고 약, 간식, 기구 및 비품을 필요에 따라 대체해야 합니다. OSH는 자녀의 혈당 검사 및 인슐린 투여를 위해 안전 랜싯 및 기타 안전 바늘 기기 및 비품을 추천합니다.
   - **학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.**
     - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용 시간, 9) 투약 방법, 10) 기타 안내.
   - 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 **즉시** 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
   - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.
   - 투약 양식(MAF)에 서명함으로서 저는 OSH가 자녀에게 당뇨 관련 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
   - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. OSH는 향후 MAF 작성에 제 서명을 필요로 하지 않습니다.
   - OSH 및 교육청(DOE)은 자녀분이 안전하게 혈당 검사를 할 수 있도록 할 책임이 있습니다.
   - 이 양식은 양식에 설명된 당뇨 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
   - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

당뇨약 투약 양식(DMAF) 관련 문의 OSH 학부모 핫라인: 718-310-2496

자가 투약(독립적인 학생만 해당)

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 약품을 소지하고 투약하지 못하게 되었을 경우, 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 제 자녀에게 주사 및/또는 비강 글루카곤(2021년 8월부터 효력 발생)을 투여하는 것에 동의 합니다.

알림: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ MI: ____ 생년월일: _____

학교 (ATS DBN/이름): _____ 보로: _____ 학군: _____

학부모/보호자 성명(인쇄체): _____ 학부모/보호자 이메일: _____

학부모/보호자 파트 A 및 B 서명: _____ 서명한 날짜: _____

학부모/보호자 주소: _____

전화번호: 주중: _____ 집_____ 핸드폰: _____

기타 비상 연락처:

성명: _____ 학생과의 관계: _____ 전화번호: _____

NYC Health | Office of School Health

당뇨약 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 2021-2022 학년도

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.

For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 전용

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: