

**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. 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                          |
| <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 2021-2022

**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: