



Фотографию учащегося
закрепить здесь

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ [ЧАСТЬ A] Врачебное предписание — Отдел школьного здравоохранения — 2020-2021 уч. г.

1

Крайний срок подачи: 1 июня Обработка форм, отправленных после 1 июня, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.
Все формы DMAF отправлять по факсу 347-396-8932/8945.

Учащийся Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	☐ Муж. ☐ Жен.	Номер OSIS
Школа (ATSDBN/название, номер, адрес и район)			Школьный округ DOE	Уч. Уровень	Класс

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES 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. '20 through Aug '21 school year unless checked here: ☐ Current School Year '19-'20 and '20-'21

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 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 OR ☐ Test ketones if bG > ____ mg/dl for the 2 nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F > If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or ____ hrs > If ketones are <u>moderate or large</u> , 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 (<i>MUST Initial attestation</i>) I attest that the independent student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events	PROVIDER INITIALS
---	---	---	-------------------

NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.

BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]

Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) ☐ 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: ☐ 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 > ____ mg/dl.

☐ For bG < ____ mg/dl give ____ gm rapid carbs at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN

Repeat bG testing in 15 or ____ min. If bG still < ____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ____ mg/dl.

☐ For bG < ____ mg/dl pre-gym, **no gym** ☐ For bG < ____ mg/dl ☐ Pre-gym; ☐ PRN; treat hypoglycemia then give snack.

Insulin is given before food unless noted here: ☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ 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

Name of Insulin*: _____ * May substitute Novolog with Humalog/Admelog ☐ No Insulin in School ☐ No Insulin at Snack Delivery Method: ☐ Syringe/Pen ☐ Pump (Brand): _____ ☐ Smart Pen – use pen suggestions	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 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 ____ gm carbs from lunch carb calculation.	Insulin Calculation Directions: (give number, not range) Target bG = ____ mg/dl Insulin to Carb Ratio (I:C): _____ 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.
--	---	---

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/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 ____ hours 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
--	--

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM [PART B]

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021

DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

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:

1. ☐ Nurse may adjust calculated dose up or down up to ____ units based on parental input and nursing judgment.

2. ☐ 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.

	bG	Units Insulin	Other	bG	Units Insulin
☐ Lunch	Zero -		Time	Zero -	
☐ Snack					
☐ Breakfast					
☐ Correction			☐ Snack		
Dose			☐ Breakfast		
			☐ 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** at 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 – Insulin Name: _____
Dose: ____ units Time _____ or ☐ Lunch

SNACK ORDERS

☐ Student may carry and self-administer snack
Snack time of day: ____ AM / PM ☐ Pre-gym Snack
Type & amount of snack: _____

OTHER ORDERS:

HOME MEDICATIONS

Medication:	Dose	Frequency	Time	Route
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 Name LAST	FIRST	Signature	Date ____ / ____ / ____
(Please print and check one: ☐ MD, ☐ DO, ☐ NP, ☐ PA)		Tel. (____) ____ - ____	Fax. (____) ____ - ____
Address		CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.	
NYS License # (Required)	E-mail		

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание — Отдел школьного здравоохранения — 2020-2021 уч.г.

Крайний срок подачи: 1 июня Обработка форм, отправленных после 1 июня, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года. Все формы DMAF отправлять по факсу 347-396-8932/8945.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ТЕМ САМ ЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Настоящим я разрешаю хранить и выдавать в школе лекарственный препарат в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка, а также хранить и применять в школе необходимые средства для его введения.
- Я понимаю, что:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. Я должен предпринять усилия, чтобы обеспечить школу автоинъектором с эпинефрином (с убирающейся иглой).
 - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, используемым для лечения ребенка в настоящее время, в целях его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - На упаковке рецептурного препарата должна быть оригинальная этикетка аптеки. Этикетка должна содержать: 1) имя и фамилию учащегося, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим я подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства за неимением в школе прописанного ребенку противоастматического препарата или эпинефрина.
 - Я обязан **немедленно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения свое согласие на предоставление ребенку медицинских услуг. 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 ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше). По истечении срока действия предписания я представляю школьной медсестре новый MAF, заполненный лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противоаллергических мер. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенку.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- 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 предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль использования 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 также согласен предоставить в школу запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком эпинефрина в случае временной утраты им способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ вы должны обеспечить ребенка эпинефрином, противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Учащийся	Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ____ / ____ / ____	Школа
ATSDBN/Название школы				Район	Шк. округ
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): 				Подпись родителя/опекуна	Дата ____ / ____ / ____
Имейл родителя/опекуна				Адрес родителя/опекуна	
Номера телефонов: Дневной (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ (____) ____ - ____					
Другое контактное лицо для срочной связи			Родство с учащимся	Телефон контактного лица (____) ____ - ____	

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

OSIS Number: _____

Received by: Name _____ Date ____ / ____ / ____ Reviewed by: Name _____ Date ____ / ____ / ____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other

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

☐ Modified ☐ Not Modified

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021

DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

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

OSIS Number:

Received by: Name

Date __/__/____

Reviewed by: Name:

Date __/__/____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other

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

☐ Modified

☐ Not Modified

Notes: