

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانہ حرف	تاریخ پیدائش	☐ لڑکا ☐ لڑکی	OSIS #
اسکول (ATSDBN / نام، پتہ اور برو شامل کریں)			DOE ضلع	گریڈ	کلاس

☐ 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</i> Initial attestation) 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
 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. Bkfst 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 1 unit per ____ gms carbs
---	--	---

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		

فرام کنندہ دوائیں کا آرڈر فارم - اسکول کا دفتر صحت - تعلیمی سال 2020-2021

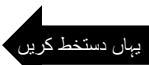
تاریخ: 1 جون 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔ برائے مہربانی تمام DMAF کو 347-396-8945/8932 پر فیکس کریں

ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینے لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین اور بازگردانی (retractable) سونیاں دینے کی کوشش کرونگا۔
 - تمام نسخے والی اور "کاونٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دوںگا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے حالیہ، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فرام کروں گا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہو: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں ذخیرہ شدہ (اسٹاک) دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
 - مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
 - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلق خدمات فراہم کرنے میں معاون OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
 - ادویات دینے کے فارم (MAF) پر دستخط کرکے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلق خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
 - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا سیشن شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی معیاد ختم ہوجائے گی، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
 - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ الرجی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے تو میرے بچے کو ایک طلبا کے سہولیات کے منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ منصوبہ اسکول مکمل کرے گا۔
 - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا معالجے کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کر سکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلق خدمات فراہم کی ہیں۔

ادویات کی خود-انتظامی (صرف خود مختار طلبا کے لیے):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو "ایک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
 - اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرہ استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (inhaler) اور خود سے لینے والی منظور کردہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ اسٹاک ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانے نام کا حرف	تاریخ پیدائش ____ / ____ / ____	اسکول
اسکول کا ATSDBN / نام			برو	ضلع
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں			والدین / سرپرست کے دستخط	دستخط کرنے کی تاریخ
والدین سرپرست کی ای میل			والدین / سرپرست کا پتہ	
				
ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت _____ - _____ (گھر) _____ - _____ (سیل فون) _____ - _____				
بنگامی حالات میں متبادل رابطے کا نام		رابطے کا ٹیلیفون نمبر _____ - _____ (_____)		

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف دفتر برائے اسکول میں صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

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

رازداری کی معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جاتا
صرف چھپائی کے مقصد کے لیے

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: