

OSIS طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ نمبر: _____

[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. 2022 through Aug. 2023 school year unless checked here: Current School Year 2021-22 and 2022-23

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 1/2 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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS OHS DMAF REV 3/22

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT HEALTH CARE PRACTITIONERS: COMPLETE 'PART B' AND SIGN →

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
 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 & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں نرس کو میرے بچے کو تجویز کردہ دوا دینے، اور نرس / تربیت یافتہ عملے کو انکے خون میں شوگر کی جانچ کرنے، اور انکے خون میں شوگر کو کم کرنے کے لیے میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات اور تعین کردہ قابلیت کی سطح کے مطابق علاج کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ یہ اعمال اسکول کے احاطے میں یا اسکول کے تفریحی دوروں کے دوران انجام دیے جاسکتے ہیں۔
2. میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
3. میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی ادویات، انسولین، آلات اور متعلقہ اشیاء فراہم کرنا لازمی ہے اور ضرورت کے مطابق ادویات، انسولین، آلات اور متعلقہ اشیاء کی دوبارہ فراہمی لازمی ہے۔ OSH میرے بچے کے خون میں شوگر کی سطح کی جانچ کرنے اور انسولین دینے کے لیے محفوظ نشتر (سیفٹی لینسٹ) اور دیگر محفوظ سوئی، آلات اور سامان استعمال کرنے کی سفارش کرتا ہے۔
 - تمام نسخے والی اور "کانٹریٹ" سے ملنے والی ادویات جو میں اسکول کو دوں گا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیے (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون، (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) دوائی کب لینی ہے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - میرے لیے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو لازماًوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔
 - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
 - ان ادویات کو دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے میں OSH کو اپنے بچے کی ذیابیطس سے متعلقہ صحتی نگہداشت خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
 - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، 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۔
 - OSH اور محکمہ تعلیم (DOE) یہ یقینی بنانے کے ذمہ دار ہیں کہ میرا بچہ خود بحفاظت اپنے خون میں شوگر کی جانچ کرسکتا ہے۔
 - اس فارم پر وضاحت کردہ ذیابیطس خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور 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، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - OSH میرے بچے کو نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

ذیابیطس کی ادویات دینے کا فارم (DMAF) کے بارے میں والدین کے سوالات کے لیے OSH ہاٹ لائن: 718-310-2496

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوائیوں کو اسکول لائے، 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 کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوائیاں ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو بذریعہ انجکشن گلوکاگون (Glucagon) اور / یا نرسز گلوگاگون (اگست 2021 سے موثر) دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر یہ ان کے طبی نگہداشت فراہم کنندہ کی جانب سے تجویز کیا گیا ہے۔

توجہ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

طالب علم کا نام: _____ آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ مختصر نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

اسکول (نام/ATS DBN): _____ برو: _____ ضلع: _____

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین سرپرست کا ای میل: _____

والدین / سرپرست کے حصہ A اور B کے لیے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____

والدین / سرپرست کا پتہ: _____

ٹیلیفون نمبر: _____ دن کے وقت: _____ گھر: _____ سیل فون: _____

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد: _____

طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ نام: _____

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: