

Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347-396-8932/8945

Информация о ребенке. Фамилия:		Имя:		Дата рождения:		<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Номер OSIS				
Школа Номер DBN в ATS / Название:			Адрес:		Район:		Школьный округ DOE:	Уч. уровень: Класс:			
HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']											
<input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Non-Type 1/Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Other Diagnosis: _____				Recent A1c Date _____ / _____ / _____ Result _____ %							
Orders written will be implemented when submitted and approved. If you wish to delay orders for September 2023 please check here <input type="checkbox"/>											
EMERGENCY ORDERS											
Severe Hypoglycemia				Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)							
Administer Glucagon and CALL 911				<input type="checkbox"/> Test ketones if bG > _____ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F OR <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > _____ mg/dl for the 2nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5 F > 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 <input type="checkbox"/> NO GYM > If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hours since last rapid acting insulin.							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Glucagon</td> <td style="text-align: center;">GVOKE</td> <td style="text-align: center;">Baqsimi</td> <td style="text-align: center;">Zegalogue</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM </td> <td> <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal </td> <td> <input type="checkbox"/> 0.6 mg SC May repeat in 15 min if needed </td> </tr> </table>									Glucagon	GVOKE	Baqsimi
Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue								
<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> _____ mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal	<input type="checkbox"/> 0.6 mg SC May repeat in 15 min if needed								
Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration. If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.											
SKILL LEVEL (if not complete, will default to nurse-dependent)											
Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse/adult must check bG <input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision. <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision.			Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student calculates and self-administers, under adult supervision			Independent Student Self carry / Self-administer (MUST initial attestation). I attest that the independent student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips and school sponsored events.					
						Provider Initials _____					
BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]											
Specify times to test bG in school (must match times for treatment and/or insulin) <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN											
Hypoglycemia <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Give Snack before gym											
Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan. <input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl give _____ gm rapid carbs at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN Repeat bG testing in 15 min or _____ min. If bG still < _____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl <input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl give _____ gm rapid carbs at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN Repeat bG testing in 15 min or _____ min. If bG still < _____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _____ mg/dl <input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl pre-gym, no gym <input type="checkbox"/> For bG < _____ mg/dl treat hypoglycemia and then give snack <input type="checkbox"/> Pre-gym <input type="checkbox"/> PRN								<input type="checkbox"/> T2DM – no bG monitoring or insulin in school 15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4oz. juice			
Mid-Range Glycemia <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Give Snack before gym if bG < _____ mg/dl											
Hyperglycemia <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack											
<input type="checkbox"/> For bG _____ mg/dl pre-gym, NO GYM For bG meter reading "High" use bG of 500 or _____ mg/dl <input type="checkbox"/> For bG > _____ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hrs. since last rapid acting insulin <input type="checkbox"/> Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal <input type="checkbox"/> Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal <input type="checkbox"/> For sG or bG values < _____ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and give _____ gm carb snack before dismissed <input type="checkbox"/> 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											
Insulin Name _____ <i>*May substitute Novolog with Humalog/Admelog</i> <input type="checkbox"/> No Insulin in school <input type="checkbox"/> No insulin at Snack			Insulin Calculation Method: <input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least 2 hrs or _____ hrs since last rapid acting insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF or <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders) <input type="checkbox"/> Sliding Scale (See Part B) <input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following lunch, subtract _____ gm carbs from lunch carb calculation.			Insulin Calculation Directions: (give number, not range) If only one given, time will be 7am to 4pm if not specified Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____) Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____)					
Delivery Method <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Pump (Brand) _____			Insulin Sensitivity Factor (ISF): 1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____) 1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____)			Insulin to Carb Ratio (I:C): Bkfast 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					
For Pumps: <input type="checkbox"/> Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump. <input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for gym <input type="checkbox"/> Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min <input type="checkbox"/> Activity Mode (HCL pumps): Start _____ minutes prior to exercise for _____ minutes duration (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)			Additional Pump Instructions: <input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit) <input type="checkbox"/> For bG > _____ mg/dl that has not decreased in _____ hours after correction, consider pump failure and notify parents. <input type="checkbox"/> For suspected pump failure: SUSPEND pump, give rapid acting insulin by syringe or pen, and notify parents. <input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if > _____ hrs since last rapid acting insulin								
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.							



Фамилия ребенка	Имя	Homep OSIS
-----------------	-----	------------

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). You must include name and model of the CGM in use.

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

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.

- Lunch
- Snack
- 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 0.50u (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

OTHER ORDERS

HOME MEDICATIONS

None

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 LAST	FIRST	SIGNATURE	DATE
PLEASE PRINT check one <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA			
Address STREET		CITY/STATE	ZIP
		Email	
NYS License # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Разрешаю школьной медсестре/школьному центру здоровья (school based health center, SBHC) выдавать моему ребенку рецептурные лекарственные препараты; разрешаю медсестре/подготовленному сотруднику школы/SBHC — измерять уровень сахара в крови ребенка и принимать меры для нормализации уровня сахара в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и определенными им уровнем подготовки медсестры/сотрудника. Эти действия можно производить на территории школы и во время школьных экскурсий.
2. Также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
3. **Мне известно, что...**
 - Мне требуется предоставить школьной медсестре/SBHC лекарственные препараты, снеки, средства и принадлежности для введения препарата, а также по мере необходимости предоставлять новые препараты, снеки, средства и принадлежности на замену. Отдел школьного здравоохранения (OSH) рекомендует использование безопасных ланцетов и других устройств с безопасными иглами для контроля уровня глюкозы и введения инсулина.
 - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
 - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой. На этикетке должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка; 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ приема и 10) другие инструкции.
 - Я обязуюсь **немедленно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю OSH согласие на предоставление ребенку медицинских услуг, связанных с лечением диабета. 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, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представляю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проверки уровня сахара в крови.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению диабета. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

Горячая линия OSH для родителей по вопросам, связанным с Запросом на выдачу диабетических препаратов (DMAF): 718 -786 -4933

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- 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 приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC должны удостоверить способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- В случае временной утраты ребенком способности хранить и самостоятельно принимать назначенный врачом глюкагон, я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком этого препарата.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Учащийся Фамилия		Имя		Инициал ср. имени		Дата рождения	
Школа Номер DBN в ATS / Название				Район		Школьный округ	
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)				Подпись родителя или опекуна в Части А и В		Дата	
Адрес родителя/опекуна				Имейл родителя/опекуна			
Телефоны		дневной		домашний		мобильный	
Другое контактное лицо для срочной связи				Родство с учащимся		Телефон	



Срок подачи: 1 июня. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

Clarified Modified

Notes