



শেষ তারিখ: পহেলা (1) জুন পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন

Form header section with fields for: শিক্ষার্থীর শেষ নাম, প্রথম নাম, জন্মতারিখ, OSIS #, স্কুলের ATSDBN/নাম, ঠিকানা, বরো, DOE ডিস্ট্রিক্ট, গ্রেড, ক্লাস.

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Form section for health care practitioner completion, including checkboxes for Type 1 Diabetes, Type 2 Diabetes, Non-Type 1/Type 2 Diabetes, and Other Diagnosis. Includes fields for Recent A1c, Date, and Result.

Orders written will be implemented when submitted and approved. If you wish to delay orders for September 2023 please check here

EMERGENCY ORDERS

Emergency orders section including: Severe Hypoglycemia (Administer Glucagon and CALL 911) with options for Glucagon, GVOKE, Baqsimi, Zegalogue; Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) with test ketones instructions; and Give PRN instructions for unconscious/unresponsive students.

SKILL LEVEL (if not complete, will default to nurse-dependent)

Skill level section with three columns: Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level, Insulin Administration Skill Level, and Independent Student Self carry / Self-administer (MUST initial attestation). Includes checkboxes for supervision and self-administration.

BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]

Blood glucose monitoring section including: Specify times to test bG in school (Breakfast, Lunch, Snack, Gym, PRN); Hypoglycemia (Insulin is given before food unless noted here); Mid-Range Glycemia; and Hyperglycemia (Insulin is given before food unless noted here). Includes instructions for carb coverage and insulin correction.

INSULIN

Insulin section with multiple columns: Insulin Name, Delivery Method, For Pumps, Carb Coverage; Insulin Calculation Method; Correction dose calculated using; Additional Pump Instructions; Round DOWN insulin dose; Insulin Calculation Directions; Insulin Sensitivity Factor (ISF); Insulin to Carb Ratio (I:C).

|                     |           |        |
|---------------------|-----------|--------|
| শিক্ষার্থীর শেষ নাম | প্রথম নাম | 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

| bG     | Units Insulin | Other Time :                             | bG     | Units Insulin |
|--------|---------------|--|--------|---------------|
| Zero - |               | <input type="checkbox"/> Lunch           | Zero - |               |
| -      |               | <input type="checkbox"/> Snack           | -      |               |
| -      |               | <input type="checkbox"/> Breakfast       | -      |               |
| -      |               | <input type="checkbox"/> 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        | <b>CDC &amp; AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.</b> |

**পিতামাতা ও অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:**

- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে নার্স/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী (স্কুল বেজড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবে, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ/SBHC প্রদানকারী ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবে, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্লাড সুগারের পরিচর্যা করবে নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী। চিকিৎসা প্রদান করা হতে পারে স্কুল গ্রাউন্ডে অথবা স্কুল ট্রিপের সময়।
- আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:**
  - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীকে আমার সন্তানের ঔষধ, স্ল্যাকস, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সামগ্রী প্রদান করবো এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে ওগুলো, যেমন ঔষধ, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সামগ্রী পুনরায় সরবরাহ করতে হবে। অফিস অথ স্কুল হেলথ (OSH) সেফটি ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল ডিভাইস ও সাপ্লাই আছে ওগুলো আমার সন্তানের ব্লাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনসুলিন দিতে পরামর্শ দেয়।
  - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাস্তুর মধ্যে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।**
    - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাস্তুর উপর অবশ্যই ফার্মাসির **আসল** লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিল সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) ডোজ, 8) ঔষধ সেবনের সময়, 9) ঔষধ কীভাবে সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য সব নির্দেশনা।
  - আমার সন্তানের ঔষধ অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
  - OSH এবং এর এজেন্টরা, যারা আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) প্রদান করেন, তারা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
  - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
  - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা বাতিল হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
  - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করবে।
  - আমার অনুমতি এবং এই ফর্ম ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যোভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
  - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

**ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (DMAF) সংক্রান্ত প্রশ্নাবলীর জন্য OSH প্যারেন্ট হটলাইন: 718-786-4933**

**নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ)**

- আমি প্রত্যাশা/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই তার ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বাস্তুর প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স অথবা SBHC প্রদানকারীগণ নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাস্তুর অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

**দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।**

|  |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| শিক্ষার্থী শেষ নাম<br>আদ্যাক্ষর                | প্রথম নাম   | মথনামের                | জন্মতারিখ        |
| স্কুলের ATSDBN/নাম:                            | বরো   |                        | ডিক্রিট          |
| পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ইংরেজি বড় অক্ষরে লিখুন | পার্ট A এবং B-এর জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর | স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ | / /              |
| পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা                      | পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল                          |                        |                  |
| ফোন নম্বর                                      | দিবাকালীন ফোন নং                                  | বাড়ির ফোন নং          | সেল ফোন নং       |
| জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের বিকল্প নাম            | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক                          |                        | যোগাযোগের ফোন নং |



For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS নম্বর:

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