

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ لڑکے  لڑکی  OSIS نمبر: \_\_\_\_\_  
 اسکول ATSDBN نام: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ DOE ضلع: \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_

ذیابیطس کے حامل تمام بچوں کے لیے CDC اور AAP پرزور تجویز کرتے ہیں کہ انہیں موسمی انفلوئنزا کا ٹیکا سالانہ لگانا چاہیے

**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: _____	<b>Recent A1c</b> 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"/>									
<b>EMERGENCY ORDERS</b>									
<b>Severe Hypoglycemia</b> Administer Glucagon and CALL 911 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">Glucagon</th> <th style="width:25%;">GVOKE</th> <th style="width:25%;">Baqsimi</th> <th style="width:25%;">Zegalogue</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1 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> 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.	Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue	<input type="checkbox"/> 1 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	<b>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)</b> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > _____ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F <b>OR</b> <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"/> <b>NO GYM</b> > If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hours since last rapid acting insulin.
Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue						
<input type="checkbox"/> 1 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						

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

<b>Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level</b> <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.	<b>Insulin Administration Skill Level</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student calculates and self-administers, under adult supervision	<input type="checkbox"/> <b>Independent Student Self carry / Self-administer (MUST initial attestation).</b> 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)    Breakfast    Lunch    Snack    Gym    PRN

**Hypoglycemia**   *Insulin is given before food unless noted here*    Give insulin after    Breakfast    Lunch    Snack    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 <b>15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4oz. juice</b>
--	--

**Mid-Range Glycemia**   *Insulin is given before food unless noted here*    Give insulin after    Breakfast    Lunch    Snack    Give Snack before gym if bG < \_\_\_\_\_ mg/dl

**Hyperglycemia**   *Insulin is given before food unless noted here*    Give insulin after    Breakfast    Lunch    Snack

For bG \_\_\_\_\_ mg/dl pre-gym, NO GYM      For bG meter reading "High" use bG of 500 or \_\_\_\_\_ mg/dl  
 For bG > \_\_\_\_\_ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or \_\_\_\_\_ hrs. since last rapid acting insulin  
 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

**INSULIN ORDERS**

<b>Insulin Name</b> _____ <i>*May substitute Novolog with Humalog/Admelog</i> <input type="checkbox"/> No Insulin in school <input type="checkbox"/> No insulin at Snack	<b>Insulin Calculation Method:</b> <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>plus</b> correction dose when bG > Target <b>AND</b> at least 2 hrs or _____ hrs since last rapid acting insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <b>Correction dose calculated using:</b> <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.	<b>Insulin Calculation Directions:</b> (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 _____)
<b>Delivery Method</b> <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Pump (Brand) _____	<b>Additional Pump Instructions:</b> <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	<b>Insulin Sensitivity Factor (ISF):</b> 1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____) 1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____)
<b>For Pumps:</b> <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"/> <b>Activity Mode (HCL pumps):</b> Start _____ minutes prior to exercise for _____ minutes duration (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)	<b>Round DOWN</b> 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. <b>Round DOWN</b> to nearest 0.1 unit for pumps, unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders.	<b>Insulin to Carb Ratio (I:C):</b> 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
<b>Carb Coverage:</b> # gm carb in meal = X units insulin # gm carb in I:C	<b>Correction Dose using ISF:</b> $bG - Target\ bG = X\ units\ insulin\ ISF$	

**DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year.**

<b>Student Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>OSIS #</b>
--------------------------	-------------------	---------------

**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	use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan 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).**

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

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

1. میں نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) کو میرے بچے کو تجویز کردہ دوا دینے، اور نرس / تربیت یافتہ عمل / SBHC کو اینک خون میں شوگر کی جانچ کرنے، اور اینک 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 جا سکتے 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 / SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی ادویات، اسنیکس، آلات اور متعلقہ اشیاء فراہم کرنا لازمی ہے اور ضرورت کے مطابق ادویات، اسنیکس، 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 نیشنل (سیفی لینسٹ) اور دیگر محفوظ سوئی، آلات اور سامان استعمال کرنے کی سفارش کرتا ہے۔
- تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر سے ملنے والی" ادویات جو میں اسکول کو دونگا، 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 چاہئے: (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 / SBHC فراہم کنندہ کو فوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارنیے 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 ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ 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 / SBHC فراہم کنندہ 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 کر سکتا 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 جز 504 سہولیت 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 کر سکتا ہے جو اینک 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 کر سکتا 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: 718-786-4933

### 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 لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوائیوں ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے، میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عمل کو بذریعہ انجکشن گلوکاگون (Glucagon) اور / یا نیسرل 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: آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانیہ 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: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_ طالب علم کے ساتھ رشتہ: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

**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