

Diabetes Medication Administration Form [Part A]

استمارة طلب الدواء من المزود | للعام الدراسي 2025-2024

مستحقة في: 1 يونيو/ حزيران. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد. نرجو إرسال جميع استمارات إعطاء دواء مرض السكري (DMAF) بالفاكس على الرقم 347-396-8932، أو 347-396-8945.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ التاريخ الميلادي: (سنة/ يوم/ شهر): _____
رقم التعريف المدرسي (OSIS) _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____ الصف: _____ الفصل: _____ الجنس: أنثى ذكر
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN)/ العنوان / الحي: _____

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / يقوم ممارس الرعاية الصحية بإكمال الجزء أدناه

[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

Type 1 Diabetes Type 2 Diabetes Other Diagnosis: _____ Dx Date _____ Recent A1c Date: _____ Result: _____ (%)

Orders written will be implemented when submitted and approved. If you wish to start order implementation in September 2024, please check here

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911 (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"/> 1 mg	<input type="checkbox"/> 3 mg	<input type="checkbox"/> 0.6 mg SC
<input type="checkbox"/> 0.5 mg SC/IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mg SC/IM	Intranasal	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 and call 911.

Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)

- Test ketones if bG > _____ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F **OR**
- 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 NO GYM
- ▶ If ketones and vomiting, unable to take PO, has altered mental status or breathing changes and MD not available, CALL 911
- Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____ hours since last rapid acting insulin.

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

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 calculates and 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 (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 in school (must match times for treatment and/or insulin) Breakfast Lunch Snack Gym Dismissal PRN

Hypoglycemia *Insulin is given before food unless noted here* Breakfast Lunch Snack Give snack* before gym

Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.

For bG < _____ mg/dl give _____ gm rapid carbs at Breakfast Lunch Snack Gym Dismissal 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 Dismissal 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 pre-gym, no gym For bG < _____ mg/dl treat hypoglycemia and then give snack* Pre-gym PRN

T2DM – no bG monitoring or insulin in school

15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz. juice

*snacks not provided by student's family will be between 15 and 25 g carbohydrates unless otherwise specified in Other Orders

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 and check ketones 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 needed, and do not send on bus/mass transit, parent to pick up from school.

INSULIN ORDERS

Insulin Name*

*May substitute Novolog with Humalog/Admelog

No Insulin in School No Insulin at Snack

Delivery Method:

Syringe/Pen Smart Pen - use pen suggestions

Pump (Brand) _____

For Pumps:

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

Activity Mode (HCL pumps):

Start _____ minutes prior to exercise, to end _____ minutes after exercise is complete (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)

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.

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 rapid acting insulin at

Breakfast Lunch Snack

Correction dose calculated using ISF or Sliding Scale

Fixed Dose (See Optional Orders)

Sliding Scale (See Part B)

If gym/recess is immediately following lunch, subtract _____ gm carbs from lunch carb calculation.

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 rapid acting insulin by syringe or pen and notify parents.

For pump failure, only give correction dose if > _____ hrs since last rapid acting insulin

Insulin Calculation Directions:

(give number, not range)

Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____)

Target bG = _____ mg/dl (time _____ to _____)

Insulin Sensitivity Factor (ISF):

1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____)

1 unit decreases bG by _____ mg/dl (time _____ to _____)

(time will be 7am to 4 pm if not specified)

Insulin to Carb Ratio (I:C):

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

Diabetes Medication Administration Form [Part B]

استمارة طلب الدواء من المزود | للعام الدراسي 2025-2024

مستحقة في: 1 يونيو/ حزيران. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

نرجو إرسال جميع استمارات إعطاء دواء مرض السكري (DMAF) بالفاكس على الرقم 347-396-8932، أو 347-396-8945.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر): _____ رقم التعريف المدرسي (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). **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 Dismissal 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 instructions

CGM reading	Arrows	Action	<input type="checkbox"/> 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 for hyperglycemia.

PARENTAL INPUT INTO INSULIN DOSING / معطيات الأباء المتعلقة بجرعات الإنسولين

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	_____ – _____	
	_____ – _____			_____ – _____	
<input type="checkbox"/> see attached	_____ – _____			_____ – _____	

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 (must have half unit syringe/pen).

Long-acting insulin given in school - Dose _____ units - Time _____ or Lunch

Long Acting Insulin Name _____

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 Name (Print): _____ First Name (Print): _____

Signature: _____ Date: _____

NYS License or NPI # (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. INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

السادة الآباء وأولياء الأمور: أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أنا، أوافق على ما يلي:

- أوافق على التصريح لمرمضة المدرسة/ مقدم الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بإعطاء الدواء الموصوف لطفلي، والسماح للممرض(ة)/ الموظف(ة) المدرب/ مقدم الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) بفحص نسبة السكر في الدم لدى طفلي، وعلاج انخفاض سكر الدم لدى طفلي بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي وفي مستوى مهاراته. وقد يتم ذلك على أرض المدرسة أو خلال الرحلات المدرسية.
- أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب علي أن أقدم لمرمض(ة) المدرسة/ مقدم الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) الأدوية التي يستخدمها طفلي، ووجبات خفيفة، والمعدات، واللوازم، ويجب علي تغيير تلك الأدوية والوجبات الخفيفة والمعدات واللوازم عند الحاجة. يوصي مكتب الصحة المدرسية (OSH) باستخدام مستلزمات أمنة لقياس السكر في الدم وغيرها من الإبر والأجهزة الأمنة لفحص مستويات سكر الدم لدى طفلي وتقديم الإنسولين.
 - أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين الأدوية/ المستلزمات الخاصة به في المدرسة وفي الرحلات المدرسية كما هو محدد في اجتماع تسهيلات الفقرة 504 الخاص به.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية غير المنتهية الصلاحية التي سوف يستخدمها طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، و (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، و (4) التاريخ، و (5) عدد مرات إعادة التعبئة، و (6) اسم الدواء، و (7) الجرعة، و (8) متى يتم تناول الدواء، و (9) كيفية تناول الدواء، و (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فأني أرخص لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بداء السكري لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكيًا أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصاص الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لمرمضة طفلي المدرسية/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - يتأكد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) من قدرة طفلي على اختبار نسبة السكر في دمه بأمان.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات السكري المذكورة في هذه الاستمارة ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504 ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أديته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

ملاحظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.
الخط الساخن للآباء بمكتب الصحة المدرسية (OSH) للاستشارة حول استمارة إعطاء دواء السكري (DMAF) : 718-786-4933

لتناول الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط)

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء و/ أو القيام بالإجراء الطبي بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات المدرسية. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة أو المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو موظفي المدرسة المدربين بإعطاء طفلي الجلوكاجون إذا وصفه مقدم الرعاية الصحية، إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء وتناوله.

الاسم الآخر للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: (سنة/ يوم/ شهر) _____

اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية _____

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح: _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر على الجزأين (أ) و(ب): _____ تاريخ التوقيع: (سنة/ يوم/ شهر) _____

عنوان منزل الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

أرقام الهاتف: _____ رقم الهاتف أثناء النهار: _____ رقم هاتف المنزل: _____ رقم الهاتف المحمول: _____

اسم شخص بديل للاتصال في حالات الطوارئ: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم هاتفه: _____

Diabetes Medication Administration Form

استمارة طلب الدواء من المزود | للعام الدراسي 2024-2025

مستحقة في: 1 يونيو/ حزيران. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.
نرجو إرسال جميع استمارات إعطاء دواء مرض السكري (DMAF) بالفاكس على الرقم 347-396-8932، أو 347-396-8945.

For Office of School Health (OSH) Use Only / فقط (OSH) لاستخدام مكتب الصحة المدرسية

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: