마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.

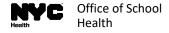| 학생 성:	이름:	생년월일:	☐ 남 ☐ 여	**OSIS #**

학교 ATSDBN/이름:	주소:	보로:	교육청 학군:	학년:	학급:

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

	Recent A1c
☐ Type 1 Diabetes ☐ Type 2 Diabetes ☐ Non-Type 1/Type 2 Diabetes ☐ Other Diagnosis:_____	Date____/____/____ Result____.____%

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

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia
Administer Glucagon and CALL 911

Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1 mg ☐ _____mg SC/IM	☐ 1 mg ☐ _____mg SC/IM	☐ 3 mg Intranasal	☐ 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.

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 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	Insulin Administration Skill Level	☐ **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.	
☐ Nurse/adult must check bG ☐ Student to check bG with adult supervision. ☐ Student may check bG without supervision.	☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication ☐ Supervised student: student calculates and self-administers, under adult supervision		_____ 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.
☐ For bG <_____mg/dl give_____gm rapid carbs at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN
   Repeat bG testing in 15 min 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 ☐ PRN
   Repeat bG testing in 15 min or_____min. If bG still <_____mg/dl repeat carbs and retesting until bG >_____mg/dl
☐ For bG < _____mg/dl 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 = 4oz. juice

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

INSULIN

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 for ____minutes duration (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)

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 Other 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)* 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 _____)

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

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.

NYC Health — Office of School Health

당뇨약 투약 양식[파트 B]
의료인 투약 지시 양식 | 2023-24 학년도
모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성	이름	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.

<u>Name and Model of CGM:</u> _____

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**

<u>sG Monitoring</u> 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 ☐ 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 with hyperglycemia.

인슐린 투여에 대한 학부모 의견

학부모(들)/보호자(들) *(성)*_____은/는 추천사항을 포함한 인슐린 투여 관련 정보를 간호사에게 제공할 수 있습니다. 간호사는 학부모 의견을 고려하여 의료 담당자가 지시한 범위 <u>및</u> 간호사로서의 판단 내에서 인슐린 투여를 결정합니다.

다음 옵션 중 하나 선택

1. ☐ 학부모 의견 및 간호사로서의 판단에 근거하여 간호사는 용량을 유닛까지 가감할 수 있습니다.

2. ☐ 학부모 의견 및 간호사로서의 판단에 근거하여 간호사는 용량을 최대 % 또는 최소 %까지 가감할 수 있습니다.

필수 작성: 응급 투여 지시를 위한 의료 담당자 연락처: (_____)_____-_____ 학부모가 > 2일 연속 유사한 조정을 요청할 경우, 간호사는 의료 서비스 제공자에게 연락하여 학교 투약 지시가 수정되어야 하는지 확인해야 합니다.

슬라이딩 스케일

범위를 중복하지 마십시오 (예, 0-100, 101-200로 입력 등) 범위가 중복되면, 더 낮은 용량을 투약할 것입니다. 달리 지시가 있지 않은 한, 처치 전 계측한 bG를 이용해 인슐린 투여량을 계산하십시오.

	bG	유닛 인슐린	기타 시간:	bG	유닛 인슐린
☐ 점심	영 -		☐ 점심	영 -	
☐ 간식	-		☐ 간식	-	
☐ 아침 식사	-		☐ 아침 식사	-	
☐ 조정 용량	-		☐ 조정 용량	-	
	-			-	
	-			-	

선택적 지시

☐ 인슐린 용량은 가장 근접한 정수 유닛으로 반올림(반내림) 하십시오: 0.51-1.50u는 1.00u로.

☐ 인슐린 용량은 가장 근접한 절반(0.5) 유닛으로 반올림(반내림) 하십시오: 0.26-0.75u는 0.50u로(반드시 0.5가 표시되는 주사기/펜이어야함).

☐ 정정할 때 슬라이딩 스케일 사용 및 식사 시 다음을 추가:
_____런치 유닛,_____간식 유닛,
_____아침 유닛
(슬라이딩 스케일은 반드시 정정 용량에만 표시되어야 합니다)

☐ **학교에서 투여하는 지속형 인슐린 –** 인슐린 이름:_____
용량:_____유닛 시간 또는 ☐ 점심

기타 지시사항

가정 약품 ☐ 없음

약	복용량	빈도	시간	투약 경로
인슐린				
기타				

추가 정보

학생은 변경된 장치나 FDA 비승인 장치를 사용하고 있습니까? ☐ **예** 또는 ☐ **아니요** *[뉴욕주 교육법상 간호사들은 FDA 비승인 장치를 다루는 것이 금지되어 있습니다. DMAF 파트 A 양식에 펌프 고장시 및/또는 백업 지시사항을 명시하십시오.]*

본 양식에 서명함으로써, 저는 이러한 지시사항들을 학부모(들)/보호자(들)과 의논하였음을 확인하는 바입니다.

의료 서비스 제공자 성	이름	서명	날짜

인쇄체로 기재 하나판 체크 ☐ MD   ☐ DO   ☐ NP   ☐ PA

주소 거리 시/주 우편번호 | 이메일

NYS 면허 # (필수)	전화	팩스	**CDC 및 AAP에서는 당료 진단을 받은 모든 어린이들이 매년 계절성 인플루엔자 백신 접종을 받을 것을 추천합니다.**

OHS DMAF Rev 3/23

FOR PRINT USE ONLY | Confidential Information should not be sent by email.

마감일: 6월 1일. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

모든 DMAF는 팩스 347-396-8932/8945번으로 보내십시오.

학부모 및 보호자: 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

1. 본인은 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인이 제 자녀에게 처방된 약품을 주고 간호사/SBHC 의료인이 혈당을 검사하고 지시 사항 및 제 자녀의 의료 서비스 제공자가 결정한 숙련도 레벨에 따라 저혈당을 관리하는 것에 동의합니다. 이러한 치료는 교내 또는 학교 견학 중 제공됩니다.

2. 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.

3. *저는 다음 사항을 이해합니다:*

- 저는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 자녀의 약, 간식, 기구 및 비품을 제공하고 약, 간식, 기구 및 비품을 필요에 따라 대체해야 합니다. 학교 보건 담당실(OSH)은 자녀의 혈당 검사 및 인슐린 투여를 위해 안전 랜싯 및 기타 안전 바늘 기기 및 비품을 추천합니다.

- **학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 개봉하지 않은 새것을 원래 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.**
  - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: **1)** 제 자녀의 이름, **2)** 약국 이름 및 전화 번호, **3)** 자녀의 의료 서비스 제공자 이름, **4)** 날짜, **5)** 리필 숫자, **6)** 약 이름, **7)** 복용량, **8)** 약품 복용 시간, **9)** 약품 투약 방법 및 **10)** 기타 지침.

- 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 **즉시** 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.

- 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.

- 투약 양식(MAF)에 서명함으로서 저는 OSH가 자녀에게 당뇨 관련 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.

- 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다.

- OSH 및 교육청(DOE)은 제 자녀가 안전하게 혈당 검사를 할 수 있도록 할 것입니다.

- 이 양식은 양식에 설명된 당뇨 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.

- 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

당뇨약 투약 양식(DMAF) 관련 문의를 위한 OSH 학부모 핫라인: 718 -786 -4933

자가 투약(독립적인 학생만 해당)

- 저는 제 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사 또는 SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.

- 저는 제 자녀가 일시적으로 약품을 소지하고 투약하지 못하게 되었을 경우, 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 제 자녀에게 글루카곤(의료 담당자에 의해 처방된 경우)을 투여하는 것에 동의 합니다.

노트: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

학생 성		이름	미들이니셜	생년월일	
				/ /	
학교 ATSDBN/이름				보로	학군
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기재			파트 A & B 학부모/보호자 서명	서명 날짜	
				/ /	
학부모/보호자 주소				학부모/보호자 이메일	
전화 번호	주중 전화 번호		집 전화 번호	휴대전화 번호	
기타 비상 연락 정보			학생과의 관계	연락 전화 번호	

FOR PRINT USE ONLY | Confidential Information should not be sent by email.

OHS DMAF REV 3/23

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