

Diabetes Medication Administration Form [Part A]

DATE LIMITE : 1er juin. Les formulaires soumis après le 1er juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire. Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (m/j/a) _____

N° OSIS : _____ District du DOE : _____ Grade : _____ Classe : _____ Sexe : Masculin Féminin

ATS DBN/nom de l'école/Adresse/Borough : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ / HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW /

[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) _____

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.

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)

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)

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 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

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.

DATE LIMITE : 1er juin. Les formulaires soumis après le 1er juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (m/j/a) _____ N° 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
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.

AVIS DES PARENTS SUR LA POSOLOGIE CONCERNANT L'INSULINE / 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:

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**

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

1. J'autorise l'infirmière/le centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) à administrer à mon enfant les médicaments prescrits, et l'infirmière ainsi que le personnel formé/le prestataire SBHC à vérifier sa glycémie et à traiter son hypoglycémie, selon les instructions et le niveau de compétences déterminés par son médecin. Ces mesures peuvent avoir lieu à l'école ou lors de sorties scolaires.
2. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
3. **Je comprends ce qui suit :**
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire/au prestataire SBHC les médicaments, les snacks, les équipements et le matériel de mon enfant et je dois les remplacer si nécessaire. Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OHS) recommande l'utilisation de lancettes de sécurité ainsi que d'autres matériels et dispositifs d'aiguille de sécurité pour contrôler la glycémie de mon enfant et lui administrer de l'insuline.
 - Je consens à ce que mon enfant transporte et entrepose ses médicaments/stocks à l'école et lors de ses sorties, comme il a été indiqué lors de sa réunion de 504.
 - **Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) le dosage, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière scolaire/le SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière scolaire/au prestataire SBHC (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant.
 - L'OSH et le Département de l'Éducation (DOE) s'assurent que mon enfant contrôle sa glycémie en toute sécurité.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services liés au diabète décrits dans ce formulaire, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements en vertu de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Assistance téléphonique de l'OSH pour les parents concernant toute question sur le Formulaire d'administration de traitement médicamenteux contre le diabète (DMAF) : 718-786-4933

POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET/OU DE PROCÉDURES (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES)

- Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école et lors des sorties le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire ou les prestataires SBHC attesteront de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est lisible.
- J'accepte que l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel formé administre le Glucagon à mon enfant s'il lui est prescrit par son prestataire de soins de santé et si mon enfant est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer en toute autonomie.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale 2d prénom : _____ Date de naissance (m/j/a) : _____

DBN ATS/nom de l'école : _____ Borough : _____ District : _____

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice pour les parties A & B : _____ Date de signature (m/j/a) _____

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Numéros de téléphone : N° de tél. (en journée) : _____ N° de tél. (domicile) : _____ Téléphone portable : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____ Lien avec l'élève : _____ N° de tél. du contact _____

DATE LIMITE : 1er juin. Les formulaires soumis après le 1er juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Faxez tous les DMAF au 347-396-8932/8945

Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

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: