

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número OSIS: _____ Distrito del DOE: _____ Grado: _____ Clase: _____ Sexo: [] Masculino [] Femenino
Escuela (incluya el nombre número, dirección y condado): _____

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW (EL MÉDICO DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)

[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: [] 1 mg [] 0.5 mg SC/IM
GVOKE: [] 1 mg [] 0.5 mg SC/IM
Baqsimi: [] 3 mg Intranasal
Zegalogue: [] 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 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 Ration (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 1/2 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.

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: (mes/día/año) _____ Número 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 (Comentario de los padres con respecto a la dosificación de la insulina)

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

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945

PADRES O TUTORES: LEAN, LLENEN Y FIRMEN. AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. Autorizo a la enfermería escolar / Centros de salud escolares (*School-Based Health Centers, SBHC*) a administrar a mi hijo el medicamento que se le ha recetado. También autorizo a la enfermería escolar o al personal de la escuela / SBHC con capacitación para ello a que comprueben el nivel de azúcar en la sangre y a que le proporcionen tratamiento en caso de que presente niveles bajos de azúcar según las indicaciones y el nivel de destreza necesario determinado por el médico de mi hijo. La escuela podrá llevar a cabo estas prácticas en la sede escolar o durante las excursiones escolares.
2. También doy mi autorización para que se utilicen los equipos necesarios para guardar y usar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
3. **Entiendo que:**
 - Tengo que proporcionarle a la enfermería escolar/SBHC los medicamentos, snacks, equipos y suministros para mi hijo y reemplazar dichos medicamentos, snacks, equipos y suministros cuando sea necesario. La Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) recomienda que se utilicen lancetas de seguridad y otros dispositivos con agujas de seguridad y accesorios para verificar los niveles de azúcar en la sangre de mi hijo y administrarle insulina.
 - Doy mi autorización para que mi hijo porte y guarde sus medicinas/suministros en la escuela y en las excursiones, tal como quedó establecido en la reunión del plan de adaptaciones según la Sección 504.
 - **Todos los medicamentos con y sin receta que entregue a la escuela deben ser nuevos y estar sin abrir en su frasco o caja original. Proporcionaré a la escuela medicamentos que no estén vencidos para que mi hijo los tome durante el día escolar.**
 - Prescription medicine must have the original pharmacy label on the box or bottle. Label must include: **1)** my child's name, **2)** pharmacy name and phone number, **3)** my child's health care practitioner's name, **4)** date, **5)** number of refills, **6)** name of medicine, **7)** dosage, **8)** when to take the medicine, **9)** how to take the medicine and **10)** any other directions.
 - Debo avisar inmediatamente a la enfermería escolar/SBHC si se produce algún cambio respecto al medicamento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - La OSH y sus representantes que participan en la prestación de los servicios de salud arriba mencionados confían en que la información proporcionada en este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este Formulario de administración de medicamentos (*Medication Administration Form, MAF*) autorizo a la OSH a ofrecerle servicios de salud relacionados con la diabetes a mi hijo. Estos servicios pueden incluir, entre otros, una evaluación clínica o un examen físico de un médico o personal de enfermería de la OSH.
 - La orden de medicamentos de este formulario MAF vence al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero). Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo.
 - La OSH y el Departamento de Educación (DOE) tienen la responsabilidad de garantizar que mi hijo pueda comprobar de forma segura sus niveles de azúcar en la sangre.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para diabetes aquí descritos. Se puede enviar directamente a la OSH. Este formulario no constituye un acuerdo de la OSH para proporcionar los servicios solicitados. Si la OSH decide proporcionar estos servicios, es posible que mi hijo también necesite un Plan de Adaptaciones para Estudiantes según la Sección 504. La escuela completará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicamentos o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a su hijo.

NOTA: Durante las excursiones y las actividades escolares fuera de la escuela, es preferible que usted envíe los medicamentos y equipos para su hijo.

Línea directa de la OSH para padres que tengan preguntas sobre el Formulario de administración de medicamentos para la diabetes (Diabetes Medication Administration Form, DMAF): 718-786-4933

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES)

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos sin supervisión. Doy mi autorización para que mi hijo porte, guarde y se tome en la escuela y en excursiones el medicamento recetado. Soy responsable de entregarle a mi hijo dicho medicamento, ya sea en frascos o cajas, como se describió anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso que mi hijo le dé al medicamento y de las consecuencias de dicho uso en la escuela. La enfermería escolar o SBHC confirmará que mi hijo es capaz de portar y tomarse el medicamento por sí solo. También accedo a entregarle a la escuela medicamento de reserva en cajas o frascos con etiquetas claramente visibles.
- Autorizo a que la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren glucagón a mi hijo si este temporalmente no puede portarla o suministrarla por sí solo.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Escuela (ATS DBN/Nombre): _____ Condado: _____ Distrito: _____

Nombre completo del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ Correo electrónico del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor para las Partes A y B: _____ Fecha de la firma (mes/día/año) _____

Dirección del padre o tutor: _____

Teléfonos: Durante el día: _____ Casa: _____ Celular: _____

Contacto alternativo para emergencias:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.
Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945

For Office of School Health (OSH) Use Only (Para uso exclusivo de la OSH)

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: