

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:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número OSIS:
Escuela (incluya el nombre número, dirección y condado):			Distrito del DOE:	Grado: Clase:

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: _____	Recent A1c 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

<p style="text-align: center;">Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911</p> <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> <p>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.</p>	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	<p style="text-align: center;">Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)</p> <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > _____mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F OR <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"/> NO GYM > 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)

Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level <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.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> 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 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) <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> PRN	
Hypoglycemia <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Give Snack before gym	
<i>Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.</i>	
<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 15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4oz. juice
Mid-Range Glycemia <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Give Snack before gym if bG < _____mg/dl	
Hyperglycemia <i>Insulin is given before food unless noted here</i> <input type="checkbox"/> Give insulin after <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack	
<input type="checkbox"/> For bG _____mg/dl pre-gym, NO GYM For bG meter reading "High" use bG of 500 or _____mg/dl <input type="checkbox"/> For bG > _____mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or _____hrs. since last rapid acting insulin <input type="checkbox"/> Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal <input type="checkbox"/> Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal <input type="checkbox"/> For sG or bG values < _____mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and give _____gm carb snack before dismissed <input type="checkbox"/> 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 _____ <i>*May substitute Novolog with Humalog/Admelog</i> <input type="checkbox"/> No Insulin in school <input type="checkbox"/> No insulin at Snack	Insulin Calculation Method: <input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least 2 hrs or _____hrs since last rapid acting insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack Correction dose calculated using: <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.	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 _____)
Delivery Method <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Pump (Brand) _____	Additional Pump Instructions: <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	Insulin Sensitivity Factor (ISF): 1 unit decreases bG by _____mg/dl (time _____ to _____) 1 unit decreases bG by _____mg/dl (time _____ to _____)
For Pumps: <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"/> Activity Mode (HCL pumps): Start _____minutes prior to exercise for _____minutes duration (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)	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 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	

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

Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945

Student Last Name	First Name	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.

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	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

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).

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

Los CDC y la AAP recomiendan enfáticamente que todos los niños diagnosticados con diabetes sean vacunados anualmente contra la influenza.

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.
 - **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.**
 - Los medicamentos con receta deben tener la etiqueta original de la farmacia en la caja o el frasco. Esta etiqueta deberá incluir: **1)** nombre de mi hijo, **2)** nombre y teléfono de la farmacia, **3)** nombre del médico de mi hijo, **4)** fecha, **5)** número de reposiciones de la receta, **6)** nombre del medicamento, **7)** dosis, **8)** cuándo tomar el medicamento, **9)** cómo tomar el medicamento y **10)** cualquier otra indicación.
 - 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. 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.

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*): 718-310-2496

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (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 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 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 o glucagón nasal (en vigor a partir de agosto de 2021) a mi hijo si este temporalmente no puede portarla o suministrársela por sí solo.

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

Apellido del estudiante :	Nombre Inicial del 2.º nombre:	Fecha de nacimiento:
Escuela (ATS DBN/Nombre):	Condado:	Distrito:
Nombre completo del padre o tutor (en letra de imprenta):	Firma del padre o tutor para las Partes A y B:	Fecha de la firma:
Dirección del padre o tutor :	Correo electrónico del padre o tutor:	
Teléfonos: Durante el día:	Casa	Celular:
Contacto alternativo para emergencias:		
Nombre:	Relación con el estudiante:	Teléfono:



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