Cách Thức Phòng Ngừa Bệnh Suyễn

VIETNAMESE

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____ DOB: _____

Số điện thoại của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____ **Người điền đơn:** _____ **Ngày:** _____

Các thuốc suyễn phải dùng mỗi ngày	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
		_____ Lần/ngày **MỖI NGÀY!**	❑ Súc hoặc rửa miệng sau khi sử dụng
		_____ Lần/ngày **MỖI NGÀY!**	
		_____ Lần/ngày **MỖI NGÀY!**	
		_____ Lần/ngày **MỖI NGÀY!**	

Các thuốc Làm giảm Cơn suyễn Nhanh	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
❑ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) ❑ Levalbuterol (Xopenex)	❑ 2 lần xịt ❑ 4 lần xịt ❑ 1 lần điều trị xông thuốc	CHỈ dùng khi cần (xem dưới đây — bắt đầu ở vùng màu vàng hoặc trước khi vận động)	GHI CHÚ: Nếu quý vị cần thuốc này cho hơn hai ngày một tuần, hãy gọi bác sĩ để xem xét tăng liều thuốc kiểm soát bệnh suyễn và thảo luận về kế hoạch điều trị của quý vị.

Hướng dẫn đặc biệt — ***Lúc sức khỏe tốt*** — ***Khi sức khỏe xấu đi*** — ***Khi có triệu chứng báo động***

VÙNG MÀU XANH

Khi *khỏe.*

- Không ho, thở khò khè, tức ngực, thở gấp ban ngày hoặc ban đêm.
- Có thể làm những việc thông thường

Thông lượng Đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên): là _____ hoặc lớn hơn. (80% hoặc lớn hơn thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)

Thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân (cho trẻ 5 tuổi trở lên): _____

PHÒNG NGỪA những triệu chứng suyễn hàng ngày:

- ❑ Dùng thuốc điều trị bệnh suyễn của bạn.
- ❑ Trước khi tập thể dục, xịt thuốc_____lần _____
- ❑ Tránh những điều làm bệnh suyễn nặng thêm. (Xem mặt sau của mẫu này.)

VÙNG MÀU VÀNG

Khi *sức khỏe xấu đi*

- Ho, thở khò khè, tức ngực, thở gấp hoặc
- Thức giấc ban đêm do những triệu chứng suyễn, hoặc
- Có thể làm một số, nhưng không phải tất cả, những việc thông thường

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

_____đến_____(50 đến 79% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)

CHÚ Ý Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát bệnh suyễn mỗi ngày, **VÀ**:

- ❑ Xịt ___lần hoặc___lần điều trị xông thuốc làm giảm cơn suyễn nhanh chóng. Nếu tôi không trở lại *vùng màu xanh* trong vòng 20-30 phút sau khi ___lần xịt thêm hoặc điều trị xông thuốc. Nếu không trở lại *vùng màu xanh* trong vòng một giờ, thì tôi nên:
- ❑ Tăng liều dùng_____
- ❑ Thêm liều dùng_____
- ❑ Liên lạc_____
- ❑ Tiếp tục dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh cứ mỗi 4 giờ một lần theo nhu cầu. Hãy gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức nếu không thuyên giảm trong _____ngày.

VÙNG MÀU ĐỎ

Triệu chứng báo động

- Thở rất gấp, hoặc
- Thuốc giảm cơn suyễn nhanh không có tác dụng, hoặc
- Không thể làm những việc thông thường, hoặc
- Các triệu chứng không thay đổi hoặc xấu hơn sau 24 giờ trong Vùng Màu Vàng.

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

Thấp hơn _____(50% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)

TRIỆU CHỨNG BÁO ĐỘNG! Liên lạc giúp đỡ!

- ❑ Dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh:_____mỗi lần_____phút và cần được giúp đỡ ngay.
- ❑ Dùng _____
- ❑ Gọi _____

Khẩn Cấp! Cần được giúp đỡ ngay! Hãy gọi 911 nếu đi hoặc nói khó khăn do thở gấp hoặc nếu môi hoặc ngón tay bị xám hoặc xanh. Đối với trẻ em, gọi 911 nếu da bị hút vào quanh cổ và sườn trong khi thở hoặc trẻ em không đáp ứng bình thường.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ❑ Yes ❑ No self administer asthma medications: ❑ Yes ❑ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

_____ _____

Healthcare Provider Signature Date

ORIGINAL (Patient) / CANARY (School/Child Care/Work/Other Support Systems) / PINK (Chart)

©2008, Public Health Institute (RAMP)

Child Asthma Plan

This Care Plan Authorized by:

Does this child requires a 3 day Emergency supply of medication at child care ? ☐ Yes ☐ No
If yes, please complete the 3 Day Emergency Medication Supply form

Parent/Guardian's Signature	Date
Health Care Provider's Signature	Date
Health Care Provider's Name (Print):	
Health Care Provider's Agency:	

Emergency Contact Information

Parent/Guardian #1	Phone #1	Phone #2
Parent/Guardian #2	Phone #1	Phone #2
Emergency Contact #1	Phone #1	Phone #2
Emergency Contact #2	Phone #1	Phone #2

Special Instructions:

Staff Training Information

Staff Name	Trainer (parent or guardian)	Date

*Please note: We recommend reviewing this plan monthly to assure the information is current. A new plan must be completed when changes occur or annually, whichever is sooner.

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Childhood Asthma Initiative, a program funded by the California Children and Families Commission, and the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. This plan is based on the recommendations from the National Heart, Lung and Blood Institute's, "Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," NIH Publication No. 97-4051 (April 1997) and "Update on Selected Topics 2002," NIH Publication No. 02-5075 (June 2002). The information contained herein is intended for the use and convenience of physicians and other medical personnel, and may not be appropriate for use in all circumstances. Decisions to adopt any particular recommendation must be made by qualified medical personnel in light of available resources and the circumstances presented by individual patients. No entity or individual involved in the funding or development of this plan makes any warranty guarantee, express or implied, of the quality, fitness, performance or results of use of the information or products described in the plan or the Guidelines. For additional information, please contact RAMP at (510) 622-4438, ‹http://www.rampasthma.org›.