

Cách Thức Phòng Ngừa Bệnh Suyễn

VIETNAMESE

Patient Name: X

Medical Record #: _____

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

DOB: X

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!	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt <input type="checkbox"/> 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

Khi khỏe.

- Không ho, thở khó 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 XANH

Khi sức khỏe xấu đi

- Ho, thở khó 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 VÀNG

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 _____

VÙNG MÀU ĐỎ

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.)

X
Healthcare Provider Signature

X
Date

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

Coi Chùng Những Nguyên Nhân Làm Bệnh Suyễn Trở Nặng

❑ HÚT THUỐC LÁ

- Không hút thuốc lá. Tha gia các lớp giúp cai nghiện thuốc lá.
- Không cho phép hút thuốc lá trong nhà hoặc xe hơi mùi khói thuốc còn lại có thể gây ra cơn suyễn.
- Tránh xa người đang hút thuốc lá.
- Nếu quý vị hút thuốc lá, hãy hút ở bên ngoài.



❑ BỤI

- Hút bụi hàng tuần bằng máy hút bụi có lọc bụi năng suất cao hoặc máy hút bụi trung tâm. Cố gắng hút bụi trong khi người bệnh suyễn không có mặt trong nhà.
- Thay thảm, nếu được. Làm ấm thảm trước khi thay và lau khô nền hoàn toàn.
- Lau nền bằng vải ẩm hàng tuần.
- Giặt giường và đồ chơi nhồi bông bằng nước nóng mỗi 1-2 tuần. Làm lạnh đồ chơi nhồi bông không giặt được trong 24 giờ.
- Bọc nệm và gối trong các bao chống bụi.
- Giảm ồn ào và loại bỏ đồ chơi nhồi bông, nhất là quanh giường.
- Thường xuyên thay các bộ lọc của hệ thống sưởi.



❑ SÂU BỌ

- Không để thực phẩm hoặc rác thải ra ngoài. Bỏ thực phẩm trong hộp có nắp đóng chặt.
- Dùng bẫy và môi tẩm thuốc độc, như acid boric để diệt dán. Thay vì dùng thuốc phun/điệt, đặt bẫy tránh xa trẻ em, như sau tủ lạnh.
- Hút xác dán và trám lỗ bằng chất trám hoặc lớp lưới đồng.
- Sửa ống nước rò rỉ, mái nhà dột, và các nguồn nước khác.



❑ NẤM MỐC

- Sử dụng quạt hút hoặc mở cửa sổ cho thông gió theo chiều ngang khi tắm vòi hoa sen hoặc nấu nướng.
- Chùi sạch nấm mốc trên những bề mặt cứng bằng bột giặt với nước nóng và chà bằng bàn chải cứng hoặc miếng bọt biển, rồi rửa sạch bằng nước. Vật liệu hấp thụ có nấm mốc cần phải được thay thế.
- Bảo đảm không có người bệnh suyễn trong phòng khi chùi rửa.
- Sửa ống nước hoặc các nguồn nước khác hoặc nguồn hơi ẩm.



❑ THÚ VẬT

- Cân nhắc không nuôi thú. Tránh thú có lông hoặc lông vũ.
- Giữ thú nuôi ngoài phòng ngủ của người bệnh suyễn.
- Rửa tay của quý vị và tay của người bệnh suyễn sau khi sờ thú.



❑ MÙI/THUỐC XỊT

- Tránh sử dụng sản phẩm có mùi mạnh, như chất khử mùi và tạo mùi thơm trong nhà, và chất giặt rửa và các chất dùng cho vệ sinh cá nhân có mùi thơm.
- Không sử dụng nồi/lò hơi để sưởi.
- Khi lau chùi, tránh xa người bệnh suyễn và không sử dụng các sản phẩm lau chùi có mùi mạnh.
- Tránh dùng sản phẩm phun mù.
- Tránh dùng sản phẩm lau chùi mạnh hoặc cực mạnh.
- Tránh dùng amoniac, thuốc tẩy và chất tiết trùng.



❑ PHẤN HOA VÀ NẤM MỐC NGOÀI TRỜI

- Ở trong nhà khi có nhiều mẫn mốc và phấn hoa.
- Đóng cửa sổ trong mùa phấn hoa.
- Tránh dùng quạt; hãy dùng máy điều hòa không khí.

❑ CẢM/CÚM

- Giữ cơ thể khỏe mạnh bằng cách tập thể dục và ngủ đầy đủ.
- Tránh tiếp xúc gần với người bị cảm cúm.
- Rửa tay thường xuyên và tránh sờ tay lên mặt.
- Chủng ngừa cúm hàng năm.



❑ THỜI TIẾT VÀ Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ

- Nếu gặp vấn đề với khí lạnh, cố gắng thở bằng mũi thay vì bằng miệng và che khăn choàng.
- Tránh hóng gió ban ngày và ban đêm và tránh tập thể dục nặng vào những ngày đó.
- Vào những ngày thời tiết bị ô nhiễm nặng, hãy ở trong nhà đóng cửa sổ.

❑ TẬP THỂ DỤC

- Khởi động trước khi tập thể dục.
- Phương pháp phòng ngừa bệnh suyễn hoạt động trong nhà thay thế vào những ngày nhiều phấn hoa hoặc ô nhiễm.
- Nếu được bác sĩ hướng dẫn, hãy dùng thuốc trước khi tập thể dục. (Xem vùng màu xanh của kế hoạch hành động đối với bệnh suyễn.)

Child Care Asthma Plan

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders (on Page 1 of Asthma Plan Packet). I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. (This authorization is for a maximum of one year from health care provider's signature date.)

_____ (_____)
Health Care Provider Name (printed) Phone Number

X _____
Health Care Provider Signature (required)

X _____
Date

Parent/Guardian: I agree with the above asthma care plan and emergency plan. I will inform child care program if child's health status/medication changes.

_____ (_____)
Parent/Guardian Name (printed) Phone Number

Parent/Guardian Signature

Date

Emergency Contact Information

Emergency Contact #1	Phone:
Name: _____	(_____) _____
Relation: _____	
Emergency Contact # 2	Phone:
Name: _____	(_____) _____
Relation: _____	
Emergency Contact # 3	Phone:
Name: _____	(_____) _____
Relation: _____	

Staff Training Information

Staff Name	Trainer (parent or guardian)	Date

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. This publication was supported by Cooperative Agreement Number 1U58DP001016-01 from the Centers for Disease Control and Prevention. Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of CDC. 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. 07-4051 (August 2007). 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 or 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) 302-3365, <http://www.rampasthma.org>.



Asthma Medication Authorization Form

Child's Name:	Date of Birth/Age:
Name of Medication: <p style="text-align: center; margin: 0;">albuterol</p>	Reason for Medication:
Medication Start Date: / /	Medication Expiration Date = Stop Date: / /
Times to be given: "See Care Plan"	Amount to be given: "See Care Plan"
Possible Side Effects:	Route: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Above information consistent with label?	Requires Refrigeration: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Special Instructions:	

_____ Health Care Provider Name (please print)

_____ Health Care Provider Signature

() _____ Phone Number

_____ Date

_____ Parent/Guardian Name (please print)

_____ Parent/Guardian Signature

() _____ Phone Number

_____ Date

Child Care Program Staff: This form is active for a maximum of one year from health care provider's signature date (above), and should be renewed annually, or sooner if there are changes to medication or health condition. Authorization form is active from: / / to / / .



Medication Record

(Must be filled out by the person who gives the medication)

Child's Name:

Name of Medication:

Date	Time	Dosage	Initials	Reason NOT Given	Side Effects Observed

Initials and signatures of persons giving medication:

