

План действий по контролю астмы

Дата заполнения

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Имя и фамилия | Дата рождения | Класс/учитель |
| Поставщик медицинских услуг | Номер телефона кабинета поставщика медицинских услуг | Номер медицинской карты |
| Родитель/опекун | Номер телефона | Дополнительный номер телефона |
| Контакты родителя / опекуна / другого представителя в экстренных ситуациях | Номер телефона | Дополнительный номер телефона |

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АСТМЫ

- Интермиттирующая Персистирующая [Легкая
 Средняя Тяжелая]

ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ПРИСТУПЫ АСТМЫ

(ухудшающие астматические симптомы)

- Курение Холод Упражнения Животные Пыль
 Продукты Погода Запахи Пыльца Другое _____

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО!

Принимайте указанные **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** для профилактики **КАЖДЫЙ ДЕНЬ**

У вас есть **ВСЕ** признаки хорошего самочувствия:



- Свободное дыхание
- Отсутствие кашля или свистящего дыхания
- Способность работать и играть
- Хороший ночной сон

Не нужно принимать лекарственные препараты ежедневного применения

Лекарственные препараты ежедневного применения: _____

Принимайте _____ дозу (доз) препарата или _____ таблетку (-ок) _____ ежедневно.

Если вы выполняете упражнения при астме, **ТАКЖЕ ДОБАВЬТЕ:** _____
Принимайте _____ дозу (доз) препарата с помощью спейсера за _____ мин до начала выполнения упражнений.

ВСЕГДА ПРОПОЛАСКИВАЙТЕ РОТ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.

ЖЕЛТАЯ ЗОНА: ВНИМАНИЕ!

Продолжайте принимать **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** и **ДОБАВЬТЕ БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ** препараты

У вас есть **НЕКОТОРЫЕ** симптомы плохого самочувствия:



- Кашель или слабое свистящее дыхание
- Чувство стеснения в груди
- Одышка
- Проблемный сон, трудности во время работы или игр

Принимайте лекарственные препараты ежедневного применения, если они предписаны поставщиком медицинских услуг, и добавляйте быстродействующий симптоматический препарат, когда у вас есть проблемы с дыханием:

Ингалятор _____, _____ мгк
Принимайте _____ дозу (доз) препарата каждые _____ ч при необходимости. Всегда используйте спейсер, некоторым детям может также понадобиться маска.

Небулайзер _____, _____ мг/_____ мл
Используйте небулайзер _____ каждые _____ ч при необходимости.

Другое _____

Если быстродействующий симптоматический препарат не **ПОМОГ** по истечении _____ мин, примите его снова и **ПОЗВОНИТЕ** поставщику медицинских услуг

Если вы принимаете быстродействующий симптоматический препарат более _____ раз(-а) в течение _____ ч, **ПОЗВОНИТЕ** поставщику медицинских услуг

ЕСЛИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ В ЖЕЛТОЙ ЗОНЕ БОЛЬШЕ 24 ЧАСОВ, ПОЗВОНИТЕ СВОЕМУ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

КРАСНАЯ ЗОНА: ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ!

Продолжайте принимать **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** и **БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ** препараты, а также **ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ!**

У вас есть **НЕКОТОРЫЕ** симптомы плохого самочувствия:



- Сильная одышка
- Лекарства не помогают
- Учащенное и тяжелое дыхание
- Ноздри широко раздуваются и видны ребра, вы не можете ясно говорить
- Губы или ногти серого или синего цвета

Ингалятор _____, _____ мгк
Принимайте _____ дозу (доз) препарата каждые _____ ч при необходимости. Всегда используйте спейсер, некоторым детям может также понадобиться маска.

Небулайзер _____, _____ мг/_____ мл
Используйте небулайзер _____ каждые _____ ч при необходимости.

Другое _____

ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩЕГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СНОВА ПОЗВОНИТЕ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Если вы не можете связаться с поставщиком медицинских услуг, ПОЗВОНИТЕ В СЛУЖБУ 911 и ВЫЗОВИТЕ СКОРОЮ ПОМОЩЬ ИЛИ СРАЗУ ПОЕЗЖАЙТЕ В ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ!

НЕОБХОДИМЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ

Разрешение поставщика медицинских услуг. Я прошу следовать всему написанному в этом плане. Он действителен в течение учебного года с _____ по _____.

Подпись _____ Дата _____

Разрешение родителя/опекуна. Я даю согласие на выдачу школьной медсестрой лекарств, перечисленных в этом плане, или на то, чтобы обученный персонал школы помогал моему ребенку принимать их после того, как его осмотрит школьная медсестра. Этот план будет передан персоналу школы, который присматривает за моим ребенком.

Подпись _____ Дата _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА НЕЗАВИСИМОЕ НОШЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ

Независимое разрешение поставщика медицинских услуг на ношение и использование. Я подтверждаю, что ученик продемонстрировал мне, что он может эффективно самостоятельно принимать лекарство для срочной помощи. Он может носить и использовать его самостоятельно в школе без надзора со стороны школьного персонала.

Подпись _____ Дата _____

Независимое разрешение на ношение и использование от родителя/опекуна (если лекарство предписано указанным выше поставщиком). Я признаю, что мой ребенок может эффективно самостоятельно принимать лекарство для срочной помощи, а также носить и использовать его самостоятельно в школе без надзора со стороны школьного персонала.

Подпись _____ Дата _____

План действий по контролю астмы

Дата заполнения

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Имя и фамилия | Дата рождения | Класс/учитель |
| Поставщик медицинских услуг | Номер телефона кабинета поставщика медицинских услуг | Номер медицинской карты |
| Родитель/опекун | Номер телефона | Дополнительный номер телефона |
| Контакты родителя / опекуна / другого представителя в экстренных ситуациях | Номер телефона | Дополнительный номер телефона |

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АСТМЫ

- Интермиттирующая Персистирующая [Легкая
 Средняя Тяжелая]

ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ПРИСТУПЫ АСТМЫ

(ухудшающие астматические симптомы)

- Курение Холод Упражнения Животные Пыль
 Продукты Погода Запахи Пыльца Другое _____

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО!

Принимайте указанные **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** для профилактики **КАЖДЫЙ ДЕНЬ**

У вас есть **ВСЕ** признаки хорошего самочувствия:



- Свободное дыхание
- Отсутствие кашля или свистящего дыхания
- Способность работать и играть
- Хороший ночной сон

Не нужно принимать лекарственные препараты ежедневного применения

Лекарственные препараты ежедневного применения: _____

Принимайте _____ дозу (доз) препарата или _____ таблетку (-ок) _____ ежедневно.

Если вы выполняете упражнения при астме, **ТАКЖЕ ДОБАВЬТЕ:** _____

Принимайте _____ дозу (доз) препарата с помощью спейсера за _____ мин до начала выполнения упражнений.

ВСЕГДА ПРОПОЛАСКИВАЙТЕ РОТ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.

ЖЕЛТАЯ ЗОНА: ВНИМАНИЕ!

Продолжайте принимать **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** и **ДОБАВЬТЕ БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ** препараты

У вас есть **НЕКОТОРЫЕ** симптомы плохого самочувствия:



- Кашель или слабое свистящее дыхание
- Чувство стеснения в груди
- Одышка
- Проблемный сон, трудности во время работы или игр

Принимайте лекарственные препараты ежедневного применения, если они предписаны поставщиком медицинских услуг, и добавляйте быстродействующий симптоматический препарат, когда у вас есть проблемы с дыханием:

Ингалятор _____, _____ мгк

Принимайте _____ дозу (доз) препарата каждые _____ ч при необходимости. Всегда используйте спейсер, некоторым детям может также понадобиться маска.

Небулайзер _____, _____ мг/_____ мл

Используйте небулайзер _____ каждые _____ ч при необходимости.

Другое _____

Если быстродействующий симптоматический препарат не **ПОМОГ** по истечении _____ мин, примите его снова и **ПОЗВОНИТЕ** поставщику медицинских услуг

Если вы принимаете быстродействующий симптоматический препарат более _____ раз(-а) в течение _____ ч, **ПОЗВОНИТЕ** поставщику медицинских услуг

ЕСЛИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ В ЖЕЛТОЙ ЗОНЕ БОЛЬШЕ 24 ЧАСОВ, ПОЗВОНИТЕ СВОЕМУ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

КРАСНАЯ ЗОНА: ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ!

Продолжайте принимать **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** и **БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ** препараты, а также **ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ!**

У вас есть **НЕКОТОРЫЕ** симптомы плохого самочувствия:



- Сильная одышка
- Лекарства не помогают
- Учащенное и тяжелое дыхание
- Ноздри широко раздуваются и видны ребра, вы не можете ясно говорить
- Губы или ногти серого или синего цвета

Ингалятор _____, _____ мгк

Принимайте _____ дозу (доз) препарата каждые _____ ч при необходимости. Всегда используйте спейсер, некоторым детям может также понадобиться маска.

Небулайзер _____, _____ мг/_____ мл

Используйте небулайзер _____ каждые _____ ч при необходимости.

Другое _____

ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩЕГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СНОВА ПОЗВОНИТЕ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Если вы не можете связаться с поставщиком медицинских услуг, ПОЗВОНИТЕ В СЛУЖБУ 911 и ВЫЗОВИТЕ СКОРОЮ ПОМОЩЬ ИЛИ СРАЗУ ПОЕЗЖАЙТЕ В ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ!

НЕОБХОДИМЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ

Разрешение поставщика медицинских услуг. Я прошу следовать всему написанному в этом плане. Он действителен в течение учебного года с _____ по _____.

Подпись _____ Дата _____

Разрешение родителя/опекуна. Я даю согласие на выдачу школьной медсестрой лекарств, перечисленных в этом плане, или на то, чтобы обученный персонал школы помогал моему ребенку принимать их после того, как его осмотрит школьная медсестра. Этот план будет передан персоналу школы, который присматривает за моим ребенком.

Подпись _____ Дата _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА НЕЗАВИСИМОЕ НОШЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ

Независимое разрешение поставщика медицинских услуг на ношение и использование. Я подтверждаю, что ученик продемонстрировал мне, что он может эффективно самостоятельно принимать лекарство для срочной помощи. Он может носить и использовать его самостоятельно в школе без надзора со стороны школьного персонала.

Подпись _____ Дата _____

Независимое разрешение на ношение и использование от родителя/опекуна (если лекарство предписано указанным выше поставщиком). Я признаю, что мой ребенок может эффективно самостоятельно принимать лекарство для срочной помощи, а также носить и использовать его самостоятельно в школе без надзора со стороны школьного персонала.

Подпись _____ Дата _____

План действий по контролю астмы

Дата заполнения

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Имя и фамилия | Дата рождения | Класс/учитель |
| Поставщик медицинских услуг | Номер телефона кабинета поставщика медицинских услуг | Номер медицинской карты |
| Родитель/опекун | Номер телефона | Дополнительный номер телефона |
| Контакты родителя / опекуна / другого представителя в экстренных ситуациях | Номер телефона | Дополнительный номер телефона |

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АСТМЫ

- Интермиттирующая Персистирующая [Легкая
 Средняя Тяжелая]

ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ПРИСТУПЫ АСТМЫ

(ухудшающие астматические симптомы)

- Курение Холод Упражнения Животные Пыль

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО!

Принимайте указанные **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** для профилактики **КАЖДЫЙ ДЕНЬ**

У вас есть **ВСЕ** признаки хорошего самочувствия:



- Свободное дыхание
- Отсутствие кашля или свистящего дыхания
- Способность работать и играть
- Хороший ночной сон

Не нужно принимать лекарственные препараты ежедневного применения

Лекарственные препараты ежедневного применения: _____

Принимайте _____ дозу (доз) препарата или _____ таблетку (-ок) _____ ежедневно.

Если вы выполняете упражнения при астме, **ТАКЖЕ ДОБАВЬТЕ:** _____

Принимайте _____ дозу (доз) препарата с помощью спейсера за _____ мин до начала выполнения упражнений.

ВСЕГДА ПРОПОЛАСКИВАЙТЕ РОТ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.

ЖЕЛТАЯ ЗОНА: ВНИМАНИЕ!

Продолжайте принимать **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** и **ДОБАВЬТЕ БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ** препараты

У вас есть **НЕКОТОРЫЕ** симптомы плохого самочувствия:



- Кашель или слабое свистящее дыхание
- Чувство стеснения в груди
- Одышка
- Проблемный сон, трудности во время работы или игр

Принимайте лекарственные препараты ежедневного применения, если они предписаны поставщиком медицинских услуг, и добавляйте быстродействующий симптоматический препарат, когда у вас есть проблемы с дыханием:

Ингалятор _____, _____ мгк

Принимайте _____ дозу (доз) препарата каждые _____ ч при необходимости. Всегда используйте спейсер, некоторым детям может также понадобиться маска.

Небулайзер _____, _____ мг/_____ мл

Используйте небулайзер _____ каждые _____ ч при необходимости.

Другое _____

Если быстродействующий симптоматический препарат не **ПОМОГ** по истечении _____ мин, примите его снова и **ПОЗВОНИТЕ** поставщику медицинских услуг

Если вы принимаете быстродействующий симптоматический препарат более _____ раз(-а) в течение _____ ч, **ПОЗВОНИТЕ** поставщику медицинских услуг

ЕСЛИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ В ЖЕЛТОЙ ЗОНЕ БОЛЬШЕ 24 ЧАСОВ, ПОЗВОНИТЕ СВОЕМУ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

КРАСНАЯ ЗОНА: ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ!

Продолжайте принимать **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ** и **БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ** препараты, а также **ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ!**

У вас есть **НЕКОТОРЫЕ** симптомы плохого самочувствия:



- Сильная одышка
- Лекарства не помогают
- Учащенное и тяжелое дыхание
- Ноздри широко раздуваются и видны ребра, вы не можете ясно говорить
- Губы или ногти серого или синего цвета

Ингалятор _____, _____ мгк

Принимайте _____ дозу (доз) препарата каждые _____ ч при необходимости. Всегда используйте спейсер, некоторым детям может также понадобиться маска.

Небулайзер _____, _____ мг/_____ мл

Используйте небулайзер _____ каждые _____ ч при необходимости.

Другое _____

ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩЕГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СНОВА ПОЗВОНИТЕ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Если вы не можете связаться с поставщиком медицинских услуг, ПОЗВОНИТЕ В СЛУЖБУ 911 и ВЫЗОВИТЕ СКОРОЮ ПОМОЩЬ ИЛИ СРАЗУ ПОЕЗЖАЙТЕ В ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ!

НЕОБХОДИМЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ

Разрешение поставщика медицинских услуг. Я прошу следовать всему написанному в этом плане. Он действителен в течение учебного года с _____ по _____.

Подпись _____ Дата _____

Разрешение родителя/опекуна. Я даю согласие на выдачу школьной медсестрой лекарств, перечисленных в этом плане, или на то, чтобы обученный персонал школы помогал моему ребенку принимать их после того, как его осмотрит школьная медсестра. Этот план будет передан персоналу школы, который присматривает за моим ребенком.

Подпись _____ Дата _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА НЕЗАВИСИМОЕ НОШЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ

Независимое разрешение поставщика медицинских услуг на ношение и использование. Я подтверждаю, что ученик продемонстрировал мне, что он может эффективно самостоятельно принимать лекарство для срочной помощи. Он может носить и использовать его самостоятельно в школе без надзора со стороны школьного персонала.

Подпись _____ Дата _____

Независимое разрешение на ношение и использование от родителя/опекуна (если лекарство предписано указанным выше поставщиком). Я признаю, что мой ребенок может эффективно самостоятельно принимать лекарство для срочной помощи, а также носить и использовать его самостоятельно в школе без надзора со стороны школьного персонала.

Подпись _____ Дата _____