План действи	ий по конт	оолю 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		
,		Номер телефона	Дополнительный номер телефона		
СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АСТМЫ		ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИ			
☐ Интермиттирующая☐ Персистирующая☐ Легкая		(ухудшающие астматические симптомы)			
интермиттирующая		КурениеПхолодПупражненияПживотныеПыльПродуктыПогодаЗапахиПыльцаДругое			
ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО!	Принимайте указанные ЛЕКАРСТВЕННЫЕ	препараты ежедневного применения для прос			
У вас есть ВСЕ признаки хорошего	☐ Не нужно принимать лекарственные препараты ежедневного применения ☐ Лекарственные препараты ежедневного применения:				
самочувствия: • Свободное дыхание	Принимайте дозу (доз) препарата или таблетку (-ок) ежедневно.				
• Отсутствие кашля или свистящего дыхания	☐ Если вы выполняете упражнения при астме, ТАКЖЕ ДОБАВЬТЕ:				
• Способность работать и играть	упражнений.				
• Хороший ночной сон	ВСЕГДА ПРОПОЛАСКИВАЙТЕ РОТ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХПРЕПАРАТОВ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.				
ЖЕЛТАЯ ЗОНА: ВНИМАНИЕ!	Продолжайте принимать ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПР	ПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ и ДОБАВЬТЕ БЫС	ТРОЛЕЙСТВУЮЩИЕ 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 красная зона: чрезвычайная ситуация! 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	Принимайте лекарственные препа и добавляйте быстродействующий Ингалятор Принимайте дозу (доз) некоторым детям может такж Небулайзер Используйте небулайзер Другое Если быстродействующий симптом ПОЗВОНИТЕ поставщику медицинс Если вы принимаете быстродейству поставщику медицинских услуг ЕСЛИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ В ЖЕЛТОЙ Продолжайте принимать лекарственные пробратитесь за помощью! Ингалятор Другое Используйте небулайзер Используйте небулайзер Другое	раты ежедневного применения, если они пр симптоматический препарат, когда у вас ес препарата каждые ч при необходим ке понадобиться маска каждые каждые ких услуг ующий симптоматический препарат более и зоне больше 24 часов, позвоните светельны вжедневного применения и выстродей	редписаны поставщиком медицинских услуг, ть проблемы с дыханием:		
НЕОБХОДИМЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ Н Разрешение поставщика медицинских услуг Подпись	г. Я прошу следовать всему написанному в не на выдачу школьной медсестрой лекарс пт школьная медсестра. Этот план будет пер НА НЕЗАВИСИМОЕ НОШЕНИЕ пцинских услуг на ношение и использа	в этом плане. Он действителен в течение учебного	о года с по п обученный персонал школы помогал моему за моим ребенком. НЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ рировал мне, что он может эффективно роны школьного персонала.		
Независимое разрешение на ношение и испо					
может эффективно самостоятельно принимать лег	карство для срочной помощи, а также носи	ить и использовать его самостоятельно в школе бо	ез надзора со стороны школьного персонала.		

план деистві	ли по конт	ролю астмы		
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		ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИ		
□ Интермиттирующая □ Персистирующая □ Легкая		(ухудшающие астматические симптомы) Курение Холод Упражнения Животные Пыль		
		Продукты Погода Запахи Пыльца Другое		
ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО!	Принимайте указанные ЛЕКАРСТВЕННЫ!	Е ПРЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ПРО		
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			
ЖЕЛТАЯ ЗОНА: ВНИМАНИЕ!	Продолжайте принимать ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПР	ЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ и ДОБАВЬТЕ БЫС	ТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ препараты	
симптомы плохого самочувствия: • Кашель или слабое свистящее дыхание • Чувство стеснения в груди • Одышка • Проблемный сон, трудности во время работы или игр	Пингалятор Принимайте дозу (доз) некоторым детям может такж Небулайзер Используйте небулайзер Другое Если быстродействующий симптом ПОЗВОНИТЕ поставщику медицине Если вы принимаете быстродейств поставщику медицинских услуг	ке понадобиться маска. каждые матический препарат не ПОМОГ по истечени ских услуг вующий симптоматический препарат более	мкг иости. Всегда используйте спейсер, мг/мл ч при необходимости.	
КРАСНАЯ ЗОНА: ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ!			ЙСТВУЮЩИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ препараты, а также	
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	☐ Другое ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА БЫСТРОДЕЙО) препарата каждые ч <i>при необходы</i> понадобиться маска кажд кажд кажд СТВУЮЩЕГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПРЕП не можете связаться с поставщиком мед иць или СРАЗУ ПОЕЗЖАЙТЕ В ОТДЕЛЕНИЕ	 АРАТА СНОВА ПОЗВОНИТЕ ПОСТАВШИКУ	
- · ·	уг. Я прошу следовать всему написанному	АРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ШКОЛЕ в этом плане. Он действителен в течение учебного Дата	о года спо	
ребенку принимать их после того, как его осмотр		ств, перечисленных в этом плане, или на то, чтобь гредан персоналу школы, который присматривает		
Подпись		Дата		
Независимое разрешение поставщика меді	ицинских услуг на ношение и использ й помощи. Он может носить и использова	Е И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕНІ вование. Я подтверждаю, что ученик продемонст ть его самостоятельно в школе без надзора со стор Дата	рировал мне, что он может эффективно ооны школьного персонала.	
		сить и использовать его самостоятельно в школе б		
Подпись		Дата		

Дата заполнения

план деистви	ли по контр	олю астмы		
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		ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ПРИСТУПЫ АСТМЫ		
Интермиттирующая ☐ Персистир	ующая [Легкая	(ухудшающие астматические симпто		
○ Средняя ○ Тяжелая]				
ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО!	Принимайте указанные ЛЕКАРСТВЕННЫЕ П	РЕПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ПРОФ	ФИЛАКТИКИ 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			
желтая зона: внимание!		АРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И ДОБАВЬТЕ БЫСТ	г годействующие симптоматические препараты редписаны поставщиком медицинских услуг,	
симптомы плохого самочувствия: • Кашель или слабое свистящее дыхание • Чувство стеснения в груди • Одышка • Проблемный сон, трудности во время работы или игр	ПИнгалятор	понадобиться маска. каждые тический препарат не ПОМОГ по истечени их услуг ощий симптоматический препарат более	мкг лости. Всегда используйте спейсер, мг/ мл ч при необхо∂имости.	
КРАСНАЯ ЗОНА: ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ!	Продолжайте принимать ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕГ ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ!	ПАРАТЫ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И БЫСТРОДЕЙ	ствующие симптоматические препараты, а также	
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	☐ Другое ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА БЫСТРОДЕЙСТЕ	о́надо́биться маска кажді	 АРАТА СНОВА ПОЗВОНИТЕ ПОСТАВШИКУ	
НЕОБХОДИМЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ Н				
Разрешение поставщика медицинских услу Подпись		отом плане. Он действителен в течение учебного Дата		
Разрешение родителя/опекуна. Я даю согласи ребенку принимать их после того, как его осмотри	ие на выдачу школьной медсестрой лекарств	в, перечисленных в этом плане, или на то, чтобы	обученный персонал школы помогал моему	
Подпись		Дата		
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ І Независимое разрешение поставщика меди самостоятельно принимать лекарство для срочной Подпись Независимое разрешение на ношение и испоможет эффективно самостоятельно принимать лег	ицинских услуг на ношение и использов й помощи. Он может носить и использовать ользование от родителя/опекуна (если	вание. Я подтверждаю, что ученик продемонстр его самостоятельно в школе без надзора со стор Дата	рировал мне, что он может эффективно оны школьного персонала.	
Подпись		Дата		

Дата заполнения