

## 家庭與學校抗哮喘行動計畫

姓名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

哮喘嚴重程度: \_\_\_\_\_

- 間歇性  輕度持續  中度持續  重度持續  
 患者有多次或嚴重的哮喘發作/加重情況

😊 **綠色區** 讓孩子每天服用這些藥物，即使孩子感覺良好。

請始終按照指示將吸入器與隔離器配合使用。

控制藥物: \_\_\_\_\_

在學校服用的控制藥物: \_\_\_\_\_

搶救藥物: \_\_\_\_\_ 根據需要每四個小時噴用一次

運動藥物: \_\_\_\_\_ 根據需要在活動前 15 分鐘噴用

😐 **黃色區** 如果孩子出現咳嗽、喘息、呼吸短促或胸悶等症狀，就開始執行疾病治療計畫。  
孩子生病時讓孩子服用所有這些藥物。

搶救藥物: \_\_\_\_\_ 根據需要每 4 個小時噴用一次

控制藥物: \_\_\_\_\_

繼續使用綠色區藥物: \_\_\_\_\_

添加: \_\_\_\_\_

變更: \_\_\_\_\_

如果孩子處於**黃色區**超過 24 小時或病情加重，請按照**紅色區**說明服藥並立即就醫！

😡 **紅色區** 如果呼吸急促、肋骨突出、行走困難、說話困難或睡眠困難。

**馬上獲取幫助**

**馬上服用搶救藥物**

搶救藥物: \_\_\_\_\_ 每次噴用間隔時間: \_\_\_\_\_

服用: \_\_\_\_\_

**如果孩子的情況沒有立即好轉，請撥打 911**

如果孩子處於紅色區，請隨就醫。

**哮喘病誘因:** (列表)

**學校教職員工:** 根據哮喘症狀執行黃色區和紅色區的搶救藥物用藥計畫。

除特別注明外，在學校服用的控制藥物僅限於綠色區中標註為「在學校服用」的控制藥物。

- 哮喘治療提供者和家長都認為，孩子可以攜帶並自行使用吸入器  
 學校護士同意學生自行使用吸入器

哮喘治療提供者打印姓名與聯繫資訊: \_\_\_\_\_

哮喘醫療服務提供者簽名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

**家長/監護人：**本人書面授權護士或其他適當的學校人員給孩子服用行動計畫中列出的藥物。本人同意開具處方的醫療服務提供者/診所、學校護士、學校醫療顧問和學校醫療服務提供者之間進行必要溝通，以進行哮喘病情管理和給學生服用此藥物。

家長/監護人簽名：

學校審核護士：

日期：

日期：

請向上述提供者寄回一份已簽署之副本。