

План дій при астмі вдома та в школі

Дата народження:

Прізвище та ім'я :

Інтермітуюча Легка персистуюча Середньої тяжкості персистуюча Тяжка персистуюча

Ступінь тяжкості астми :

У нього/неї спостерігалися часті або тяжкі напади/загострення астми

😊 **Зелена зона** Дитина має приймати ці препарати щодня, навіть коли вона почувається добре.

Завжди використовуйте спейсер з інгалятором відповідно

до інструкцій. Препарат(и) базисної терапії _____

Препарат(-и) для контролю, які потрібно приймати в школі: _____

Препарат невідкладної допомоги _____ натискання інгалятора кожних чотири години за потребою

Препарат при фізичних навантаженнях _____ натискання інгалятора за 15 хвилин до активної діяльності за потребою

😟 **Жовта зона** Починайте план лікування, якщо у дитини спостерігається кашель, хрипи, задишка або стиснення в грудях. Дитина має приймати всі ці препарати при захворюванні.

Препарат невідкладної терапії: _____ інгаляції кожних 4 години за потребою

Препарат(и) базисної терапії

Продовжуйте приймати препарати зеленої зони : _____

Додати: _____

Змінити: _____

Якщо дитина перебуває в **жовтій** зоні понад **24** години або її стан погіршується, дотримуйтеся вказівок для **червоної** зони й негайно зателефонуйте лікарю!

😡 **Червона зона** Спостерігається ускладнене та прискорене дихання, ребра стирчать, проблеми з ходою, розмовою або сном.
Зверніться за допомогою зараз

Прийміть препарат(и) для невідкладної допомоги зараз

Препарат невідкладної допомоги Приймайте _____ натискання інгалятора кожних _____

Прийміть: _____

Якщо дитина відразу не почуватиметься краще, зателефонуйте 911
Якщо дитина потрапить до червоної зони, одразу зателефонуйте лікарю.

Фактори, що спричиняють астму: (список)

Шкільний персонал. Дотримуйтеся планів для жовтої та червоної зони щодо препаратів для невідкладної допомоги відповідно до симптомів астми. Якщо не зазначено інше, єдиними препаратами для контролю, які мають застосовуватися у школі, будуть ті, які вказані як «потрібно приймати в школі» в зеленій зоні.

- Лікар, який лікує астму, і батьки вважають, що дитина може носити з собою інгалятори та самостійно застосовувати їх
- Шкільна медсестра погоджується з тим, щоб учень самостійно використовував інгалятори

Ім'я лікаря, що лікує астму, друкованими літерами та його контактна інформація:

Підпис лікаря, що лікує астму:

Дата:

Один з батьків/опікун. Я даю письмовий дозвіл на використання препаратів, перелічених у плані дій, які будуть застосовуватися в школі медсестрою або іншим персоналом школи, якщо це буде необхідно. Я даю згоду на спілкування між постачальником медичних послуг/клінікою, що призначили препарати, шкільною медсестрою, шкільним консультантом з медичних питань та постачальниками медичних послуг у школі, необхідне для контролю астми та прийому цього препарату.

Підпис одного з батьків/опікуна:

Переглянуто шкільною медсестрою:

Дата:

Дата:

Надішліть підписану копію постачальнику послуг, наведеному вище.