

Naam van de leerling: _____ **Geboortedatum:** _____

Astmareddingsmiddelen:

Zie bijgevoegd **Astma-actieplan:**

Volg het behandelplan beschreven in de Groene zone voor behandeling bij lichamelijke activiteit/sport en het reddingsmedicatieplan voor de Groene, Gele en Rode zones, afhankelijk van de astmasymptomen. Reddingsmiddelen zijn: albuterol, levalbuterol, budesonide/formoterol, mometason/formoterol en kan een inhalatiesteroïde met albuterol of levalbuterol zijn.

Veelvoorkomende bijwerkingen van deze reddingsmiddelen zijn, onder andere, een verhoogde hartslag en ademhalingsfrequentie, hyperactiviteit, mondinfectie. Spoel de mond na gebruik. Maximaal aantal toegestane pufjes budesonide/formoterol of mometason/formoterol op één dag is: 8 pufjes (< 12 jaar), 12 pufjes (> 12 jaar).

De leerling mag zijn of haar inhalator zelfstandig bij zich dragen en toedienen.

Behandeling vóór lichamelijke activiteit, inclusief de gymles/pauze, moet worden toegediend:

Bij alle lichamelijke activiteit Ileen wanneer het kind of het personeel van de school dit nodig acht.

Als de leerling zich in de Rode zone bevindt, pas dan onmiddellijk de reddingsbehandeling toe en bel 911.

Volg de noodplannen van de school op in overeenkomst met de beleidslijnen van de school/het schoolsysteem.

Onderhoudsmiddelen:

Alleen de volgende onderhouds- of steroïde middelen mogen op school worden toegediend:

	Ochtenddosering	Middagdosering

Wanneer dit niet is aangegeven in het Astma-actieplan:

Triggers:

Specifieke triggers op school zijn, onder andere: _____

Ernst van de astma: Intermittierend Licht persistent Matig persistent Ernstig persistent

Hij/zij heeft veel of zware astma-aanvallen/exacerbaties

Neem contact op met de vermelde astmaspecialist voor vragen of zorgen met betrekking tot deze voorschriften, of wanneer de leerling op school niet over de adequate/juiste middelen beschikt.

Naam en contactinformatie astmaspecialist:

Handtekening van de astmaspecialist: _____

Datum: _____

Toestemming ouder/verzorger: Ik geef toestemming voor het toedienen van de in het Astma-actieplan vermelde middelen op school door de verpleegkundige of andere medewerkers van de school in overeenkomst met het schoolbeleid. Ik ga ermee akkoord dat de voorschrijvende zorgverlener/kliniek en de schoolverpleegkundige, schoolarts met elkaar communiceren over de behandeling van de astma en de toediening van deze medicatie.

Handtekening ouder of voogd: _____

Datum: _____

Voor gebruik van de school: De schoolverpleegkundige stemt in met het feit dat de leerling de inhalator zelfstandig gebruikt

Ontvangen door de schoolverpleegkundige/Handtekening: _____

Datum: _____

Stuur een ondertekend exemplaar terug naar de zorgverlener via bovenstaande contactgegevens.