


Naam: _____ Geboortedatum: _____

Asthma Severity: Met tussenpozen Licht persistent Matig persistent Ernstig persistent
 Het kind heeft veel of ernstige astma-aanvallen/-exacerbaties gehad.

 **Groene zone** Zorg ervoor dat het kind deze medicijnen elke dag neemt, zelfs wanneer het kind zich goed voelt.


Gebruik altijd het tussenstuk met de inhalator, zoals aangegeven.

Onderhoudsmedicijn(en): _____

Onderhoudsmedicijnen(en) die op school kunnen worden toegediend: _____

Reddings medicijn: _____ pufjes elke vier uur , indien nodig

Medicijn bij lichamelijke inspanning: _____ pufjes 15 minuten vóór aanvang van de lichamelijke activiteit, indien nodig

 **Gele zone** Begin met het ziektebehandelingsplan wanneer het kind last heeft van hoest, piepende ademhaling, kortademigheid of een drukkend gevoel op de borst. Zorg ervoor dat het kind al deze medicijnen neemt wanneer het ziek is.

Reddingsmedicijn: _____ pufjes iedere 4 uur indien nodig

Onderhoudsmedicijn(en): _____

Zet het gebruik van medicijnen in de groene zone voort: _____

Toevoegen: _____

Veranderen: _____

Als het kind zich langer dan **24** in de **gele** zone bevindt of wanneer de klachten erger worden, volg dan de indicaties voor de rode zone en neem onmiddellijk contact op met een arts!

 **Rode Zone** Bij kortademigheid, uitstekende ribben, moeite met lopen, praten of slapen.
Roep onmiddellijk hulp in

Neem nu reddingsmedicijn(en)

Reddingsmedicijn: _____ pufjes elke _____

Neem: _____

Als het kind niet meteen herstelt, bel dan 911
 eem altijd contact op met een arts wanneer het kind zich in de rode zone bevindt.

Astmatrigger: (Lijst)

Schoolmedewerkers: Volg de stappen voor de reddingsmedicijnen voor de Gele en Rode zones naar gelang de astmasymptomen.

De enige onderhoudsmedicijnen die op school kunnen worden toegediend, zijn de medicijnen die zijn opgenomen in de lijst 'op school toe te dienen' in de groene zone, tenzij anders vermeld.

- Zowel de astmaspecialist als de ouder vindt dat het kind zijn of haar inhalator zelf bij zich mag hebben en gebruiken
- De schoolverpleegkundige stemt in met het feit dat de student de inhalator zelfstandig kan gebruiken

Naam en contactinformatie astmaspecialist:

Handtekening astmaspecialist:

Datum:

Ouder/verzorger: Hierbij geef ik mijn schriftelijke toestemming voor het toedienen van de in het actieplan aangegeven medicijnen op school door een verpleegkundige of andere schoolmedewerker, indien van toepassing. Ik ga ermee akkoord dat de voorschrijvende zorgverlener/kliniek, schoolverpleegkundige, schoolarts en zorgverleners in de school met elkaar communiceren over de behandeling van de astma en de toediening van deze medicatie.

Handtekening ouder/verzorger:

Gezien door

Datum:

Datum:

Stuur een ondertekend exemplaar terug naar de hierboven vermelde zorgverlener.