

學校補充治療指示

學生姓名:

出生日期:

哮喘搶救藥物:

詳見隨附的抗哮喘行動計畫:

根據哮喘症狀，請按照適用於活動/運動治療的綠色區治療計畫詳情以及綠色區、黃色區和紅色區的搶救用藥計畫執行相應的行動。搶救用藥包括：沙丁胺醇、左旋沙丁胺醇、布地奈德 / 福莫特羅、莫米松/福莫特羅，可能包括與沙丁胺醇或左旋沙丁胺醇配合使用的吸入類固醇。

這些搶救藥物的常見副作用包括心跳和呼吸頻率增加、神經過敏、口腔感染。使用後，請漱口。布地奈德/福莫特羅或莫米松/福莫特羅在一天內最多用藥次數為：噴用 8 次 (< 12 歲)；12 次 (> 12 歲)。

學生可攜帶並自行使用他們的吸入器

活動前（包括體育課/課間休息前）應進行以下治療:

對於所有活動 僅當孩子或學校工作人員認為其需要進行治療時

如果學生處於紅色區，立即給予搶救治療並撥打 911。請遵循學校的緊急計畫，根據學校/學校系統的政策採取措施。

控制藥物:

在學校內，只能使用/服用以下控制藥物或類固醇藥物:

	上午劑量	下午劑量

如在抗哮喘行動計畫中未列明:

誘因:

學校內的具體誘因包括:

哮喘嚴重程度: 間歇性 輕度 持續 重度持續 重度持續 學生曾出現多次或嚴重的哮喘發作/病情惡化。

如果您對這些指示有任何疑問或擔憂，或者，如果學生在學校沒有適當/正確的藥物，請聯繫此處列出的哮喘醫療保健提供者。

哮喘醫療保健提供者打印姓名和聯繫資料:

哮喘醫療保健提供者簽名:

日期:

患者/監護人授權: 本人授權護士或其他適當的學校人員根據學校政策在學校內給孩子使用哮喘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共用必要的健康資訊，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:

日期:

請透過上述聯繫資料將簽署好的副本發送給提供者。

供學校使用： 學校護士同意學生自行使用吸入器

學校護士回執/簽名：

日期：