

## Накази про шкільне додаткове лікування

Ім'я учня:

Дата народження:

**Препарати невідкладної допомоги при астмі:**

Дивіться доданий **План дій при астмі:**

Дотримуйтесь плану лікування, наведеного в зеленій зоні щодо препаратів, які застосовуються під час активності/фізичних вправ, і плану препаратів для невідкладної допомоги для зеленої, жовтої та червоної зон відповідно до симптомів астми. До препаратів для невідкладної допомоги належать: альбутерол, левалбутерол, будесонід/формотерол, мометазон/формотерол, також сюди відносять інгаляційні стероїди в поєднанні з альбутеролом або левалбутеролом.

До поширених небажаних явищ, пов'язаних з цими препаратами для невідкладної допомоги, серед іншого, належать: прискорене серцебиття та частота дихання, нервові збудження, інфекції ротової порожнини. Промийте рот після застосування препарату. Максимальна доза будесоніду/формотеролу або мометазону/формотеролу за один день становить: 8 натиснень інгалятора (<12 років) або 12 натиснень інгалятора (>12 років).

Учень може самостійно носити з собою та застосовувати свій інгалятор

**Застосовувати препарати перед фізичними вправами, у тому числі перед фізкультурою/перервами, слід:**

При фізичному навантаженні  Лише якщо дитина або персонал школи вважають, що це необхідно

Якщо учень в червоній зоні, негайно надайте йому препарат для невідкладної допомоги та зателефонуйте 911. Дотримуйтесь шкільних планів на випадок надзвичайних ситуацій відповідно до політики школи/шкільної системи.

**Препарати для контролю:**

У школі слід приймати лише такі препарати для контролю або стероїдні препарати:

	Ранкова доза	Післяобідня доза

**Якщо не включено до Плану дій при астмі:**

**Фактори, що викликають астму**

До шкільних факторів, що викликають астму, належать:

**Ступінь тяжкості астми:**  Інтермітуюча  Легка  Персистуюча  Середня персистуюча  Тяжка персистуюча  У нього/неї спостерігалися часті або тяжкі напади/загострення астми

Зв'яжіться із зазначеним в цьому документі лікарем, що лікує астму, якщо у вас є будь-які запитання чи занепокоєння щодо цих п... або якщо учень не має відповідних/правильних ліків у школі.

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

Підпис лікаря, що лікує астму:

Дата:

**Дозвіл одного з батьків/опікуна:** Я даю дозвіл на те, щоб медсестра або інші члени школи давали в школі ліки, перелічені в Плані дій при астмі, відповідно до шкільної політики. Я даю згоду на обмін інформацією про стан здоров'я між постачальником медичних

Надішліть підписану копію постачальнику послуг, наведеному вище.

послуг/клінікою, що призначили препарати, шкільною медсестрою та шкільним медичним консультантом, необхідною для лікування астми та застосування цього препарату.

---

**Підпис одного з батьків або опікуна:**

Дата:

---

**Заповнюється школою:** Шкільна медсестра погоджується з тим, щоб учень самостійно застосовував інгалятори

Отримано шкільною медсестрою / Підпис:

Дата: