

Контрольний список для відвідування лікарем дитини та родини щодо астми

Контроль астми:

- Наскільки добре контролювалася астма дитини протягом минулого навчального року?
 - Чи спостерігався у дитини напад або загострення астми?
 - Дитина пропускала школу через астму?
- Чи було обмеження часу для ігор дитини через астму?
- Що викликає астму в дитини?
- Чи присутні у школі фактори, які погіршують астму в дитини?

Препарати від астми в школі:

- Чи є у дитини препарати для невідкладної допомоги для прийому в школі?
 - Чи потрібен дитині спейсер у школі для використання з інгалятором?
 - Чи потрібен дитині препарат для полегшення дихання перед уроком фізкультури або тренуваннями у спортзалі? Якщо так, то який саме?
- Чи буде корисним вашій дитині брати свій інгалятор для щоденного прийому ліків від астми («препарат для контролю астми») в школу?
- Чи здатна дитина носити з собою та використовувати власний інгалятор для невідкладної допомоги?
- Чи зручно дитині користуватися своїм інгалятором (зі спейсером, якщо потрібно)?

План дій при астмі:

- Чи має дитина план дій при астмі вдома та в школі, наданий її постачальником послуг із лікування астми або лікарем?
- Чи знає дитина та родина, як використовувати план дій при астмі для допомоги, якщо у дитини виникнуть симптоми астми?

Форми та контакти:

- Чи вказали ви шкільній медсестрі ім'я постачальника послуг, що займається лікуванням астми дитини, а також номер телефону та адресу клініки?
- Чи надали ви школі такі форми:
 - Копія плану дій при астмі дитини.
 - Призначення від клініки щодо надання дитині препаратів від астми в школі.
 - Призначення від клініки, що дозволяє дитині самостійно носити з собою та використовувати свій інгалятор для невідкладної допомоги.
 - Підписаний дозвіл на розкриття інформації, щоб шкільна медсестра могла спілкуватися із клінікою дитини.