

ПЛАН ДІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АСТМИ

Прізвище та ім'я: _____

Телефон: _____

План дій оновлено: М _____ / Д _____ / Р _____

Приносьте цей план дій на кожен візит до свого лікаря/медсестри.

Контактна інформація лікаря: _____

Контактна інформація медсестри/інструктора: _____

ВАША КОНТАКТНА ОСОБА НА ВИПАДОК НЕВІДКЛАДНОЇ СИТУАЦІЇ

Прізвище та ім'я: _____

Телефон: _____

Зв'язок: _____

У разі невідкладної ситуації телефонувати: _____ АБО НЕГАЙНО ВИКЛИКАТИ ШВИДКУ ДОПОМОГУ.

ЯКЩО ВАШІ СИМПТОМИ АСТМИ ДОБРЕ ПІДДАЮТЬСЯ КОНТРОЛЮ

Вам потрібно користуватися інгаляційним полегшувальним препаратом рідше ніж 3 рази на тиждень, ви не прокидаєтеся через астму, а також астма не обмежує вашу активність (зокрема заняття фізичними вправами)

(якщо застосовно, пікова швидкість видиху _____ л/хв)

Ваш лікарський препарат для контролю захворювання: _____ (назва) _____ (дозування)

Прийняти: _____ впорскувань/таблеток _____ разів ЩОДНЯ

Використовуйте спейсер із препаратом для контролю захворювання

Ваш полегшувальний/рятувальний лікарський препарат: _____ (назва) _____ (дозування)

Зробити _____ впорскувань, щоб усунути симптоми астми, зокрема хрипіння, кашель, задишку

Використовуйте спейсер із полегшувальним препаратом

Інші лікарські засоби: _____ (назва) _____ (дозування) _____ (частота використання)

_____ (назва) _____ (дозування) _____ (частота використання)

Перед виконанням фізичних вправ прийняти: _____ (назва) _____ (дозування) _____ (кількість впорскувань/таблеток)

ЯКЩО ВАШІ СИМПТОМИ АСТМИ ПОСИЛЮЮТЬСЯ

Вам потрібно приймати полегшувальний препарат частіше ніж зазвичай, ви прокидаєтеся або не можете здійснювати свою звичайну активність (зокрема заняття фізичними вправами) через симптоми астми

(якщо застосовно, пікова швидкість видиху від _____ до _____ л/хв)

Прийміть свій полегшувальний/рятувальний лікарський препарат: _____ (назва) _____ (дозування) _____ (частота використання)

Використовуйте спейсер із препаратом для контролю захворювання

Прийміть свій препарат для контролю захворювання: _____ (назва) _____ (дозування)

Прийняти: _____ впорскувань/таблеток _____ разів ЩОДНЯ

Використовуйте спейсер із полегшувальним препаратом Зверніться до свого лікаря

Інші лікарські засоби: _____ (назва) _____ (дозування) _____ (частота використання)

ЯКЩО ВАШІ СИМПТОМИ АСТМИ СТАЛИ ТЯЖКИМИ

Ви потребуєте застосування полегшувального препарату частіше ніж кожні 3-4 години, ваше дихання утруднене або ви часто прокидаєтеся через астму

(якщо застосовно, пікова швидкість видиху менше _____ л/хв)

Прийміть свій полегшувальний/рятувальний лікарський препарат: _____ (назва) _____ (дозування) _____ (частота використання)

Прийміть преднізон/преднізолон: _____ (назва) _____ (дозування)

Прийняти: _____ таблеток _____ разів щодня вранці протягом _____ днів

СЬОГОДНІ Ж ЗВ'ЯЖІТЬСЯ З ЛІКАРЕМ АБО ЗВЕРНІТЬСЯ ДО ВІДДІЛУ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Додаткові зауваження: _____

Матеріал носить інформаційний характер та НЕ Є медичною консультацією чи діагностичним засобом. У випадку виникнення питань стосовно призначеної лікарем терапії, вживання лікарських засобів, будь-яких симптомів чи питань стосовно способу життя на час терапії, будь ласка, зверніться до лікаря. Матеріал не для продажу, надається безкоштовно.