

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 застосовувати інгаляційний лікарський засіб для полегшення симптомів рідше, ніж 3 рази на тиждень. "Астма під контролем" - це коли Ви не прокидаєтеся через неї, і вона не обмежує Вашу активність (зокрема, заняття фізичними вправами).

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

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

Прийняти: _____ інгаляцій/таблеток _____ разів ЩОДНЯ

☐ Використовуйте спейсер із лікарським засобом для контролю захворювання

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

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

☐ Використовуйте спейсер із лікарським засобом для полегшення симптомів

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

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

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

ЯКЩО ВАШІ СИМПТОМИ АСТМИ ПОСИЛЮЮТЬСЯ

Вам потрібно застосовувати інгаляційний лікарський засіб для полегшення симптомів частіше, ніж зазвичай. Посилення симптомів - це коли Ви незаплановано прокидаєтеся або не можете здійснювати свою звичну активність (зокрема, заняття фізичними вправами) через симптоми астми.

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

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

☐ Використовуйте спейсер із лікарським засобом для контролю захворювання

Прийміть свій лікарський засіб для контролю захворювання: _____ (назва) _____ (дозування)

Прийняти: _____ інгаляцій/таблеток _____ разів ЩОДНЯ

☐ Використовуйте спейсер із лікарським засобом для полегшення симптомів ☐ Зверніться до свого лікаря

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

ЯКЩО ВАШІ СИМПТОМИ АСТМИ СТАЛИ ТЯЖКИМИ

Ви потребуєте застосування інгаляційного лікарського засобу для полегшення симптомів частіше, ніж кожні 3-4 години. Тяжкі симптоми - це коли Ваше дихання утруднене або Ви часто прокидаєтеся через астму.

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

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

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

Прийняти: _____ таблеток _____ разів щодня вранці протягом _____ днів

СЬОГОДНІ Ж ЗВ'ЯЖІТЬСЯ З ЛІКАРЕМ АБО ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА НЕВІДКЛАДНОЮ ДОПОМОГОЮ

Додаткові зауваження: _____

Цей матеріал призначений для загальної аудиторії. Матеріал має інформаційний характер та НЕ Є медичною консультацією чи діагностичним засобом. У випадку виникнення питань щодо 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.