

Asthma Action Plan

VIETNAMESE

PROVIDER INSTRUCTIONS

At initial presentation, determine the level of asthma severity

- Level of severity is determined by both impairment and risk and is assigned to the most severe category in which any feature occurs.



At subsequent visits, assess control to adjust therapy

- Level of control is determined by both impairment and risk and is assigned to the most severe category in which any feature occurs.
- Address adherence to medication, inhaler technique, and environmental control measures.
- Sample patient self-assessment tools for asthma control can be found at <http://www.asthmacontrol.com/index.html> <http://www.asthmacontrolcheck.com>



Stepwise approach for managing asthma:

- Therapy is increased (stepped up) if necessary and decreased (stepped down) when possible as determined by the level of asthma severity or asthma control.

Asthma severity and asthma control include the domains of current impairment and future risk.

Impairment: frequency and intensity of symptoms and functional limitations the patient is currently experiencing or has recently experienced.

Risk: the likelihood of either asthma exacerbations, progressive decline in lung function (or, for children, reduced lung growth), or risk of adverse effects from medication.

ASTHMA MANAGEMENT RECOMMENDATIONS:

- Ensure that patient/family receive education about asthma and how to use spacers and other medication delivery devices.
- Assess asthma control at every visit by self-administered standardized test or verbal history.
- Perform spirometry at baseline and at least every 1 to 2 years for patients ≥ 5 years of age.
- Update or review the Asthma Action Plan every 6 to 12 months.
- Perform skin or blood allergy tests for all patients with persistent asthma.
- Encourage patient/family to continue follow-up with their clinician every 1 to 6 months even if asthma is well controlled.
- Refer patient to a specialist if:
 - there are difficulties achieving or maintaining control OR
 - step 4 care or higher is required (step 3 care or higher for children 0-4 years of age) OR
 - immunotherapy or omalizumab is considered OR
 - additional testing is indicated OR
 - if the patient required 2 bursts of oral systemic corticosteroids in the past year or a hospitalization.

HOW TO USE THE ASTHMA ACTION PLAN:

Top copy (for patient):

- Enter specific medication information and review the instructions with the patient and/or family.
- Educate patient and/or family about factors that make asthma worse and the remediation steps on the back of this form.
- **Complete and sign the bottom of the form and give this copy of the form to the patient.**

Middle copy (for school, childcare, work, etc):

- Educate the parent/guardian on the need for their signature on the back of the form in order to authorize student self-carry and self-administration of asthma medications at school and also to authorize sharing student health information with school staff.
- **Provide this copy of the form to the school/childcare center/work/caretaker or other involved third party. (This copy may also be faxed to the school, etc.)**

Bottom copy (for chart):

- **File this copy in the patient's medical chart.**

FOR MORE INFORMATION:

To access the August 2007 full version of the NHLBI Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma (EPR-3) or the October 2007 Summary Report, visit <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm>.

THIS PAGE HAS BEEN INTENTIONALLY LEFT BLANK

Cách Thức Phòng Ngừa Bệnh Suyễn

VIETNAMESE

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

DOB: _____

Số điện thoại của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Người điền đơn: _____ Ngày: _____

Các thuốc suyễn phải dùng mỗi ngày	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	☐ Súc hoặc rửa miệng sau khi sử dụng
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
Các thuốc Làm giảm Cơ suyễn Nhanh	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
☐ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) ☐ Levalbuterol (Xopenex)	☐ 2 lần xịt ☐ 4 lần xịt ☐ 1 lần điều trị xôn thuốc	CHỈ dùng khi cần (xem dưới đây — bắt đầu ở vùng màu vàng hoặc trước khi vận động)	GHI CHÚ: Nếu quý vị cần thuốc này cho hơn hai ngày một tuần, hãy gọi bác sĩ để xem xét tăng liều thuốc kiểm soát bệnh suyễn và thảo luận về kế hoạch điều trị của quý vị.

Hướng dẫn đặc biệt



Lúc sức khỏe tốt



Khi sức khỏe xấu đi



Khi có triệu chứng báo động

Khi khỏe.

- Không ho, thở khò khè, tức ngực, thở gấp ban ngày hoặc ban đêm.

- Có thể làm những việc thông thường

Thông lượng Đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

là _____ hoặc lớn hơn. (80% hoặc lớn hơn thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)

Thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân (cho trẻ 5 tuổi trở lên):



PHÒNG NGỪA những triệu chứng suyễn hàng ngày:

- ☐ Dùng thuốc điều trị bệnh suyễn của bạn.

- ☐ Trước khi tập thể dục, xịt thuốc _____ lần _____

- ☐ Tránh những điều làm bệnh suyễn nặng thêm.
(Xem mặt sau của mẫu này.)

Khi sức khỏe xấu đi

- Ho, thở khò khè, tức ngực, thở gấp hoặc
- Thức giấc ban đêm do những triệu chứng suyễn, hoặc
- Có thể làm một số, nhưng không phải tất cả, những việc thông thường

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

_____ đến _____ (50 đến 79% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)



CHÚ Ý Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát bệnh suyễn mỗi ngày, VÀ:

- ☐ Xịt _____ lần hoặc _____ lần điều trị xôn thuốc làm giảm cơn suyễn nhanh chóng. Nếu tôi không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng 20-30 phút sau khi _____ lần xịt thêm hoặc điều trị xôn thuốc. Nếu không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng một giờ, thì tôi nên:

- ☐ Tăng liều dùng _____
- ☐ Thêm liều dùng _____
- ☐ Liên lạc _____

- ☐ Tiếp tục dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh cứ mỗi 4 giờ một lần theo nhu cầu. Hãy gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức nếu không thuyên giảm trong _____ ngày.

Triệu chứng báo động

- Thở rất gấp, hoặc
- Thuốc giảm cơn suyễn nhanh không có tác dụng, hoặc
- Không thể làm những việc thông thường, hoặc
- Các triệu chứng không thay đổi hoặc xấu hơn sau 24 giờ trong Vùng Màu Vàng.

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

Thấp hơn _____ (50% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)



TRIỆU CHỨNG BÁO ĐỘNG! Liên lạc giúp đỡ!

- ☐ Dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh: _____ mỗi lần _____ phút và cần được giúp đỡ ngay.

- ☐ Dùng _____

- ☐ Gọi _____

Khẩn Cấp! Cần được giúp đỡ ngay! Hãy gọi 911 nếu đi hoặc nói khó khăn do thở gấp hoặc nếu môi hoặc ngón tay bị xám hoặc xanh. Đối với trẻ em, gọi 911 nếu da bị hút vào quanh cổ và sườn trong khi thở hoặc trẻ em không đáp ứng bình thường.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ☐ Yes ☐ No self administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature

Date

ORIGINAL (Patient) / CANARY (School/Child Care/Work/Other Support Systems) / PINK (Chart)

Coi Chờng Những Nguyên Nhân Làm Bệnh Suyễn Trở Nặng

☐ HÚT THUỐC LÁ

- Không hút thuốc lá. Tha gia các lớp giúp cai nghiện thuốc lá.
- Không cho phép hút thuốc lá trong nhà hoặc xe hơi mùi khói thuốc còn lại có thể gây ra cơn suyễn.
- Tránh xa người đang hút thuốc lá.
- Nếu quý vị hút thuốc lá, hãy hút ở bên ngoài.



☐ BỤI

- Hút bụi hàng tuần bằng máy hút bụi có lọc bụi năng suất cao hoặc máy hút bụi trung tâm. Cố gắng hút bụi trong khi người bệnh suyễn không có mặt trong nhà.
- Thay thảm, nếu được. Làm ẩm thảm trước khi thay và lau khô nền hoàn toàn.
- Lau nền bằng vải ẩm hàng tuần.
- Giặt giường và đồ chơi nhồi bông bằng nước nóng mỗi 1-2 tuần. Làm lạnh đồ chơi nhồi bông không giặt được trong 24 giờ.
- Bọc nệm và gối trong các bao chống bụi.
- Giảm ồn ào và loại bỏ đồ chơi nhồi bông, nhất là quanh giường.
- Thường xuyên thay các bộ lọc của hệ thống sưởi.



☐ SÂU BỌ

- Không để thực phẩm hoặc rác thải ra ngoài. Bỏ thực phẩm trong hộp có nắp đóng chặt.
- Dùng bẫy và mỗi tấm thuốc độc, như acid boric để diệt dán. Thay vì dùng thuốc phun/điệt, đặt bẫy tránh xa trẻ em, như sau tủ lạnh.
- Hút xác dán và trám lỗ bằng chất trám hoặc lớp lưới đồng.
- Sửa ống nước rò rỉ, mái nhà dột, và các nguồn nước khác.



☐ NẤM MỐC

- Sử dụng quạt hút hoặc mở cửa sổ cho thông gió theo chiều ngang khi tắm vòi hoa sen hoặc nấu nướng.
- Chùi sạch nấm mốc trên những bề mặt cứng bằng bột giặt với nước nóng và chà bằng bàn chải cứng hoặc miếng bọt biển, rồi rửa sạch bằng nước. Vật liệu hấp thụ có nấm mốc cần phải được thay thế.
- Bảo đảm không có người bệnh suyễn trong phòng khi chùi rửa.
- Sửa ống nước hoặc các nguồn nước khác hoặc nguồn hơi ẩm.



☐ THÚ VẬT

- Cân nhắc không nuôi thú. Tránh thú có lông hoặc lông vũ.
- Giữ thú nuôi ngoài phòng ngủ của người bệnh suyễn.
- Rửa tay của quý vị và tay của người bệnh suyễn sau khi sờ thú.



☐ MÙI/THUỐC XỊT

- Tránh sử dụng sản phẩm có mùi mạnh, như chất khử mùi và tạo mùi thơm trong nhà, và chất giặt rửa và các chất dùng cho vệ sinh cá nhân có mùi thơm.
- Không sử dụng nồi/lò hồ để sưởi.
- Khi lau chùi, tránh xa người bệnh suyễn và không sử dụng các sản phẩm lau chùi có mùi mạnh.
- Tránh dùng sản phẩm phun mù.
- Tránh dùng sản phẩm lau chùi mạnh hoặc cực mạnh.
- Tránh dùng amoniac, thuốc tẩy và chất diệt trùng.



☐ PHẤN HOA VÀ NẤM MỐC NGOÀI TRỜI

- Ở trong nhà khi có nhiều phấn hoa và phấn hoa.
- Đóng cửa sổ trong mùa phấn hoa.
- Tránh dùng quạt; hãy dùng máy điều hòa không khí.

☐ CẢM/CÚM

- Giữ cơ thể khỏe mạnh bằng cách tập thể dục và ngủ đầy đủ.
- Tránh tiếp xúc gần với người bị cảm cúm.
- Rửa tay thường xuyên và tránh sờ tay lên mặt.
- Chủng ngừa cúm hàng năm.



☐ THỜI TIẾT VÀ Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ

- Nếu gặp vấn đề với khí lạnh, cố gắng thở bằng mũi thay vì bằng miệng và che khăn choàng.
- Tránh hóng gió ban ngày và ban đêm và tránh tập thể dục nặng vào những ngày đó.
- Vào những ngày thời tiết bị ô nhiễm nặng, hãy ở trong nhà đóng cửa sổ.

☐ TẬP THỂ DỤC

- Khởi động trước khi tập thể dục.
- Phương pháp phòng ngừa bệnh suyễn hoạt động trong nhà thay thế vào những ngày nhiều phấn hoa hoặc ô nhiễm.
- Nếu được bác sĩ hướng dẫn, hãy dùng thuốc trước khi tập thể dục. (Xem vùng màu xanh của kế hoạch hành động đối với bệnh suyễn.)

Cách Thức Phòng Ngừa Bệnh Suyễn

VIETNAMESE

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

DOB: _____

Số điện thoại của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Người điền đơn: _____ Ngày: _____

Các thuốc suyễn phải dùng mỗi ngày	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	☐ Súc hoặc rửa miệng sau khi sử dụng
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
		____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
Các thuốc Làm giảm Cơn suyễn Nhanh	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
☐ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) ☐ Levalbuterol (Xopenex)	☐ 2 lần xịt ☐ 4 lần xịt ☐ 1 lần điều trị xống thuốc	CHỈ dùng khi cần (xem dưới đây — bắt đầu ở vùng màu vàng hoặc trước khi vận động)	GHI CHÚ: Nếu quý vị cần thuốc này cho hơn hai ngày một tuần, hãy gọi bác sĩ để xem xét tăng liều thuốc kiểm soát bệnh suyễn và thảo luận về kế hoạch điều trị của quý vị.

Hướng dẫn đặc biệt



Lúc sức khỏe tốt



Khi sức khỏe xấu đi



Khi có triệu chứng báo động

Khi *khỏe*.

- Không ho, thở khô khè, tức ngực, thở gấp ban ngày hoặc ban đêm.

- Có thể làm những việc thông thường

Thông lượng Đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

là _____ hoặc lớn hơn. (80% hoặc lớn hơn thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)

Thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân (cho trẻ 5 tuổi trở lên):



PHÒNG NGỪA những triệu chứng suyễn hàng ngày:

- ☐ Dùng thuốc điều trị bệnh suyễn của bạn.

- ☐ Trước khi tập thể dục, xịt thuốc _____ lần _____

- ☐ Tránh những điều làm bệnh suyễn nặng thêm.
(Xem mặt sau của mẫu này.)

Khi *sức khỏe xấu đi*

- Ho, thở khô khè, tức ngực, thở gấp hoặc
- Thức giấc ban đêm do những triệu chứng suyễn, hoặc
- Có thể làm một số, nhưng không phải tất cả, những việc thông thường

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

_____ đến _____ (50 đến 79% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)



CHÚ Ý Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát bệnh suyễn mỗi ngày, VÀ:

- ☐ Xịt _____ lần hoặc _____ lần điều trị xống thuốc làm giảm cơn suyễn nhanh chóng. Nếu tôi không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng 20-30 phút sau khi _____ lần xịt thêm hoặc điều trị xống thuốc. Nếu không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng một giờ, thì tôi nên:

- ☐ Tăng liều dùng _____
- ☐ Thêm liều dùng _____
- ☐ Liên lạc _____

- ☐ Tiếp tục dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh cứ mỗi 4 giờ một lần theo nhu cầu. Hãy gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức nếu không thuyên giảm trong _____ ngày.

Triệu chứng báo động

- Thở rất gấp, hoặc
- Thuốc giảm cơn suyễn nhanh không có tác dụng, hoặc
- Không thể làm những việc thông thường, hoặc
- Các triệu chứng không thay đổi hoặc xấu hơn sau 24 giờ trong Vùng Màu Vàng.

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):

Thấp hơn _____ (50% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)



TRIỆU CHỨNG BÁO ĐỘNG! Liên lạc giúp đỡ!

- ☐ Dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh: _____ mỗi lần _____ phút và cần được giúp đỡ ngay.

- ☐ Dùng _____

- ☐ Gọi _____

Khẩn Cấp! Cần được giúp đỡ ngay! Hãy gọi 911 nếu đi hoặc nói khó khăn do thở gấp hoặc nếu môi hoặc ngón tay bị xám hoặc xanh. Đối với trẻ em, gọi 911 nếu da bị hút vào quanh cổ và sườn trong khi thở hoặc trẻ em không đáp ứng bình thường.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ☐ Yes ☐ No self administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature

Date

ORIGINAL (Patient) / CANARY (School/Child Care/Work/Other Support Systems) / PINK (Chart)

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHO NHÀ TRƯỜNG — Do phụ huynh/ người giám hộ điền và gửi lại cho nhà trường

VIETNAMESE

GIẤY ỦY QUYỀN VÀ MIỄN TRÁCH NHIỆM CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ: Tôi yêu cầu nhà trường hỗ trợ con tôi dùng các thuốc trị bệnh suyễn được liệt kê trong mẫu đơn này, và kế hoạch hành động đối với Bệnh suyễn, theo theo luật và quy định của tiểu bang.

☐ Có ☐ Không

Con tôi có thể mang theo và tự dùng thuốc suyễn, tôi đồng ý miễn cho nhân viên của học khu và nhà trường không bị ràng buộc trách nhiệm nếu con tôi bị ảnh hưởng không tốt của việc tự sử dụng thuốc trị suyễn:

☐ Có ☐ Không

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ

Ngày

GIẤY ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CHI TIẾT SỨC KHỎE CHO HỌC KHU

Văn bản đầy đủ này cho phép tiết lộ và/hoặc sử dụng chi tiết sức khỏe có thể nhận diện cá nhân, như ghi rõ dưới đây, phù hợp với luật liên bang (kể cả HIPAA) về tính riêng tư của chi tiết đó. Việc không cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu có thể làm mất hiệu lực của giấy ủy quyền này.

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CHI TIẾT SỨC KHỎE:

Tên của bệnh nhân/Học sinh _____ / _____
Họ Tên Tên lót Ngày Sinh

Tôi, người ký tên dưới đây, bằng phương tiện này cho phép (tên của cơ quan và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe):

(1) _____ (2) _____ để cung cấp chi tiết sức khỏe từ hồ sơ y tế của con tôi có tên ở trên cho và từ:

Trường và học khu được ủy quyền tiết lộ thông tin

Địa chỉ / Thành phố và Tiểu bang / Mã Zip

Người liên lạc của trường hoặc học khu

Mã khu vực và Số điện thoại

Việc tiết lộ chi tiết sức khỏe cần thiết cho những mục đích sau:

Chi tiết yêu cầu được giới hạn như sau: ☐ Tất cả chi tiết sức khỏe; hoặc ☐ Chi tiết cụ thể về căn bệnh như được mô tả:

THỜI HẠN:

Giấy ủy quyền này sẽ có hiệu lực tức thời và có hiệu lực đến _____ (nhập ngày) hoặc 1 năm kể từ ngày ký tên, nếu không nhập ngày.

GIỚI HẠN

Luật pháp nghiêm cấm người yêu cầu tiết lộ thêm chi tiết sức khỏe của bạn trừ khi người yêu cầu có thêm một giấy ủy quyền khác của bạn hoặc trừ khi sự tiết lộ được luật pháp cho phép.

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ:

Tôi hiểu rằng những quyền sau đây liên quan đến giấy ủy quyền này: Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào. Việc hủy bỏ ủy quyền của tôi phải bằng văn bản, được tôi ký tên hoặc người đại diện của tôi ký tên, và giao cho cơ quan/nhân viên chăm sóc sức khỏe được liệt kê ở trên. Việc hủy bỏ ủy quyền của tôi có hiệu lực khi người yêu cầu nhận được, nhưng sẽ không có hiệu lực khi người yêu cầu hoặc những người khác đã hành động theo giấy ủy quyền này.

TIẾT LỘ LẠI:

Tôi hiểu rằng người yêu cầu (học khu) sẽ bảo vệ thông tin này theo quy định của luật bảo vệ quyền bình đẳng trong gia đình (FERPA) và thông tin này trở thành một phần trong hồ sơ giáo dục của học sinh. Chi tiết này sẽ được chia sẻ bởi những người làm việc tại hoặc với học khu cho mục đích tạo ra môi trường giáo dục an toàn, thích hợp và hạn chế tối thiểu, và các dịch vụ và chương trình y tế học đường.

Tôi có quyền nhận một bản sao giấy ủy quyền này. Có thể cần phải ký tên vào giấy ủy quyền này để học sinh nhận được những dịch vụ thích hợp trong môi trường giáo dục.

CHẤP THUẬN:

Tên viết bằng chữ in

Chữ ký

Ngày

Quan hệ với Bệnh nhân/học sinh

Mã khu vực và Số điện thoại

Cách Thức Phòng Ngừa Bệnh Suyễn

VIETNAMESE

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

DOB: _____

Số điện thoại của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Người điền đơn: _____ Ngày: _____

Các thuốc suyễn phải dùng mỗi ngày	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
		_____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	☐ Súc hoặc rửa miệng sau khi sử dụng
		_____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
		_____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
		_____ Lần/ngày MỖI NGÀY!	
Các thuốc Làm giảm Cơn suyễn Nhanh	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
☐ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) ☐ Levalbuterol (Xopenex)	☐ 2 lần xịt ☐ 4 lần xịt ☐ 1 lần điều trị xống thuốc	CHỈ dùng khi cần (xem dưới đây — bắt đầu ở vùng màu vàng hoặc trước khi vận động)	GHI CHÚ: Nếu quý vị cần thuốc này cho hơn hai ngày một tuần, hãy gọi bác sĩ để xem xét tăng liều thuốc kiểm soát bệnh suyễn và thảo luận về kế hoạch điều trị của quý vị.

Hướng dẫn đặc biệt  **Lúc sức khỏe tốt**  **Khi sức khỏe xấu đi**  **Khi có triệu chứng báo động**

VÙNG MÀU XANH

Khi *khỏe*.

- Không ho, thở khô khè, tức ngực, thở gấp ban ngày hoặc ban đêm.
- Có thể làm những việc thông thường

Thông lượng Đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):
là _____ hoặc lớn hơn. (80% hoặc lớn hơn thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)

Thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân (cho trẻ 5 tuổi trở lên):



PHÒNG NGỪA

 những triệu chứng suyễn hàng ngày:

- ☐ Dùng thuốc điều trị bệnh suyễn của bạn.
- ☐ Trước khi tập thể dục, xịt thuốc _____ lần _____
- ☐ Tránh những điều làm bệnh suyễn nặng thêm.
(Xem mặt sau của mẫu này.)

VÙNG MÀU VÀNG

Khi *sức khỏe xấu đi*

- Ho, thở khô khè, tức ngực, thở gấp hoặc
- Thức giấc ban đêm do những triệu chứng suyễn, hoặc
- Có thể làm một số, nhưng không phải tất cả, những việc thông thường

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):
_____ đến _____ (50 đến 79% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)



CHÚ Ý

 Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát bệnh suyễn mỗi ngày, VÀ:

- ☐ Xịt _____ lần hoặc _____ lần điều trị xống thuốc làm giảm cơn suyễn nhanh chóng. Nếu tôi không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng 20-30 phút sau khi _____ lần xịt thêm hoặc điều trị xống thuốc. Nếu không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng một giờ, thì tôi nên:
 - ☐ Tăng liều dùng _____
 - ☐ Thêm liều dùng _____
 - ☐ Liên lạc _____
 - ☐ Tiếp tục dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh cứ mỗi 4 giờ một lần theo nhu cầu. Hãy gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức nếu không thuyên giảm trong _____ ngày.

VÙNG MÀU ĐỎ

Triệu chứng báo động

- Thở rất gấp, hoặc
- Thuốc giảm cơn suyễn nhanh không có tác dụng, hoặc
- Không thể làm những việc thông thường, hoặc
- Các triệu chứng không thay đổi hoặc xấu hơn sau 24 giờ trong Vùng Màu Vàng.

Thông lượng đỉnh (cho trẻ 5 tuổi trở lên):
Thấp hơn _____ (50% thông lượng đỉnh tốt nhất cho cá nhân)



TRIỆU CHỨNG BÁO ĐỘNG! Liên lạc giúp đỡ!

- ☐ Dùng thuốc giảm cơn suyễn nhanh: _____ mỗi lần _____ phút và cần được giúp đỡ ngay.
- ☐ Dùng _____
- ☐ Gọi _____

Khẩn Cấp! Cần được giúp đỡ ngay! Hãy gọi 911 nếu đi hoặc nói khó khăn do thở gấp hoặc nếu môi hoặc ngón tay bị xám hoặc xanh. Đối với trẻ em, gọi 911 nếu da bị hút vào quanh cổ và sườn trong khi thở hoặc trẻ em không đáp ứng bình thường.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ☐ Yes ☐ No self administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature

Date

ORIGINAL (Patient) / CANARY (School/Child Care/Work/Other Support Systems) / PINK (Chart)

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. This publication was supported by Cooperative Agreement Number 1U58DP001016-01 from the Centers for Disease Control and Prevention. Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of CDC. This plan is based on the recommendations from the National Heart, Lung, and Blood Institute's, "Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," NIH Publication No. 07-4051 (August 2007). The information contained herein is intended for the use and convenience of physicians and other medical personnel and may not be appropriate for use in all circumstances. Decisions to adopt any particular recommendation must be made by qualified medical personnel in light of available resources and the circumstances presented by individual patients. No entity or individual involved in the funding or development of this plan makes any warranty or guarantee, express or implied, of the quality, fitness, performance or results of use of the information or products described in the plan or the Guidelines.

For additional information, please contact
RAMP at (510) 302-3365, <http://www.rampasthma.org>.