

# 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 <b>MỖI NGÀY!</b>	<input type="checkbox"/> Súc hoặc rửa miệng sau khi sử dụng
		____ Lần/ngày <b>MỖI NGÀY!</b>	
		____ Lần/ngày <b>MỖI NGÀY!</b>	
		____ Lần/ngày <b>MỖI NGÀY!</b>	
Các thuốc Làm giảm Con suyễn Nhanh	Liều dùng	Số lần dùng	Các hướng dẫn Khác
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt <input type="checkbox"/> 1 lần điều trị xông 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.** 

**VÙNG MÀU XANH**


- Không ho, thở khó 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** 


**VÙNG MÀU VÀNG**

- Ho, thở khó 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 xông thuốc làm giảm con suyễn nhanh chóng. Nếu tôi không trở lại **vùng màu xanh** trong vòng 20-30 phút sau khi \_\_\_\_\_ lần xịt thêm hoặc điều trị xông 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 con suyễn nhanh cứ mỗi 4 giờ một lần theo nhu cầu. Hãy gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu không thuyên giảm trong \_\_\_\_\_ ngày.

**Triệu chứng báo động** 

**VÙNG MÀU ĐỎ**

- Thở rất gấp, hoặc
- Thuốc giảm con 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 con 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)

## Child Asthma Plan

### *This Care Plan Authorized by:*

Does this child requires a 3 day Emergency supply of medication at child care ?  Yes  No  
 If yes, please complete the 3 Day Emergency Medication Supply form

<b>Parent/Guardian's Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Health Care Provider's Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Health Care Provider's Name (Print):</b>	
<b>Health Care Provider's Agency:</b>	

#### *Emergency Contact Information*

Parent/Guardian #1	Phone #1	Phone #2
Parent/Guardian #2	Phone #1	Phone #2
Emergency Contact #1	Phone #1	Phone #2
Emergency Contact #2	Phone #1	Phone #2

### ***Special Instructions:***

#### **Staff Training Information**

Staff Name	Trainer (parent or guardian)	Date

\*Please note: We recommend reviewing this plan monthly to assure the information is current. A new plan must be completed when changes occur or annually, whichever is sooner.

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Childhood Asthma Initiative, a program funded by the California Children and Families Commission, and the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. 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. 97-4051 (April 1997) and "Update on Selected Topics 2002." NIH Publication No. 02-5075 (June 2002). 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 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) 622-4438, <http://www.rampasthma.org>.