

KẾ HOẠCH KIỂM SOÁT BỆNH SUYỄN

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Tên Bác Sĩ: _____

Số Điện Thoại của Bác Sĩ: _____ Được Hoàn Tất Bởi: _____ Ngày: _____

Các Loại Thuốc Kiểm Soát	Liều Lượng	Bao Lâu Dùng Một Lần	Các Hướng Dẫn Khác
		_____ lần mỗi ngày DÙNG HÀNG NGÀY!	<input type="checkbox"/> Súc hoặc rửa miệng sau khi sử dụng
		_____ lần mỗi ngày DÙNG HÀNG NGÀY!	
		_____ lần mỗi ngày DÙNG HÀNG NGÀY!	
		_____ lần mỗi ngày DÙNG HÀNG NGÀY!	
Các Loại Thuốc Có Tác Dụng Nhanh Chóng	Liều Lượng	Bao Lâu Dùng Một Lần	Các Hướng Dẫn Khác
<input type="checkbox"/> Thuốc Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Thuốc Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 lần hít <input type="checkbox"/> 4 lần hít <input type="checkbox"/> 1 điều trị bằng máy phun thuốc thành sương (nebulizer)	CHỈ dùng khi cần thiết (xin xem ở dưới – bắt đầu từ Khu Vực Vàng hoặc trước khi tập thể dục)	LƯU Ý: Nếu quý vị cần thuốc này hơn hai ngày một tuần, xin gọi cho bác sĩ để xem có cần tăng thêm các loại thuốc kiểm soát và thảo luận về kế hoạch điều trị của quý vị.

Được sử dụng với sự cho phép. Trung Tâm Vùng Phòng Ngừa & Kiểm Soát Bệnh Suyễn (Regional Asthma Management & Prevention – RAMP).

Hình ảnh những người trong các tài liệu này là người mẫu và chỉ nhằm sử dụng cho mục đích minh họa mà thôi.

PRI-036-745 V (03/19)



CalOptima

A Public Agency

Better. Together.

Các hướng dẫn đặc biệt khi tôi: ● **bình thường,** ● **đang trở nặng,** ● **bị cảnh báo sức khỏe.**



KHU VỰC XANH

Bình thường.

- Không ho, thở khò khè, tức ngực hoặc thở ngắn hơi vào ban ngày hoặc ban đêm.
- Có thể thực hiện các hoạt động bình thường

Độ Thở Tối Đa (từ 5 tuổi trở lên): là _____ hoặc hơn. (80% hoặc hơn độ thở tối đa cá nhân tốt nhất)

Độ Thở Tối Đa Cá Nhân Tốt Nhất (từ 5 tuổi trở lên): _____

PHÒNG NGỪA các triệu chứng hen suyễn hàng ngày:

- Sử dụng các thuốc kiểm soát (ở trên) mỗi ngày.
- Trước khi tập thể dục, hãy dùng _____ hít của _____
- Hãy tránh những thứ làm bệnh suyễn của tôi trở nặng.



KHU VỰC VÀNG

Đang trở nặng.

- Ho, thở khò khè, tức ngực, thở ngắn hơi, hoặc
- Thức giấc vào ban đêm do những triệu chứng của bệnh suyễn, hoặc
- Có thể thực hiện vài hoạt động bình thường, nhưng không phải tất cả các hoạt động

Độ Thở Tối Đa (từ 5 tuổi trở lên): _____ đến _____ (50 đến 79% của độ thở tối đa cá nhân tốt nhất)

LƯU Ý. Hãy tiếp tục sử dụng các thuốc kiểm soát hàng ngày, VÀ:

- Hãy dùng _____ hít hoặc nhận _____ một điều trị bằng máy phun thuốc thành sương của thuốc có tác dụng nhanh. Nếu tôi không quay lại Khu Vực Xanh trong vòng 20 đến 30 phút, hãy dùng thêm _____ hít hoặc thêm điều trị máy phun thuốc thành sương. Nếu tôi không quay lại Khu Vực Xanh trong vòng một tiếng, thì tôi nên
- Tăng thêm _____
- Cộng thêm _____
- Gọi _____
- Tiếp tục sử dụng thuốc có tác dụng nhanh cho mỗi 4 tiếng như cần thiết. Hãy gọi cho bác sĩ nếu không đỡ hơn sau _____ ngày.



KHU VỰC ĐỎ

Cảnh Báo Sức Khỏe.

- Thở hơi rất ngắn, hoặc
- Thuốc có tác dụng nhanh đã không giúp được, hoặc
- Không thể thực các hoạt động bình thường, hoặc
- Các triệu chứng vẫn như thường hoặc trở nặng sau 24 tiếng trong Khu Vực Vàng

Độ Thở Tối Đa (từ 5 tuổi trở lên): thấp hơn _____ (50% của độ thở tối đa cá nhân tốt nhất)

CẢNH BÁO SỨC KHỎE! Hãy nhận sự trợ giúp!

- Sử dụng thuốc có tác dụng nhanh: _____ hít cho mỗi _____ phút và nhận sự trợ giúp ngay lập tức.
- Sử dụng _____
- Gọi _____

Nguy hiểm! Nhận sự trợ giúp ngay lập tức! Hãy gọi 911 nếu quý vị gặp khó khăn với việc đi lại hoặc nói chuyện vì bị hụt hơi, hoặc nếu môi hoặc móng tay bị màu xám hoặc xanh dương. Đối với trẻ em, hãy gọi 911 nếu da bị hớt ở cổ và xương sườn trong lúc thở hoặc trẻ em không phản ứng lại bình thường được.