

شدت و کنترل آسم شامل ابعاد اختلال عملکرد و ریسک در آینده است.

اختلال عملکرد: تعداد دفعات و شدت علائم و محدودیت‌های عملکردی که بیمار در حال حاضر تجربه می‌کند یا اخیراً تجربه کرده است.

ریسک: احتمال بروز حملات آسم، افت پیش‌رونده عملکرد ریه (یا در کودکان، کاهش رشد ریه)، یا ریسک بروز عوارض جانبی ناشی از داروها.

سطح شدت آسم را در اولین مراجعه تعیین کنید

- شدت بیماری براساس دو عامل اختلال عملکرد و ریسک مشخص می‌شود و به شدیدترین دسته‌بندی‌ای که دارای هریک از این ویژگی‌ها باشد، اختصاص داده می‌شود.



در مراجعات بعدی، میزان کنترل بیماری را برای تعدیل سطح درمان ارزیابی کنید

- سطح کنترل براساس دو عامل اختلال عملکرد و ریسک مشخص می‌شود و به شدیدترین دسته‌بندی‌ای که دارای هریک از این ویژگی‌ها باشد، اختصاص داده می‌شود.
- پایبندی به مصرف دارو، روش صحیح استفاده از اسپری و اقدامات کنترل عوامل محیطی را مورد توجه قرار دهید.
- نمونه ابزارهای خودارزیابی بیمار جهت سنجش میزان کنترل آسم را می‌توانید در این نشانی مشاهده کنید: <http://www.asthmacontrol.com/index.html>
<http://www.asthmacontrolcheck.com>



روش گام‌به‌گام برای مدیریت آسم:

- درمان در صورت لزوم بسته به سطح شدت آسم یا میزان کنترل آن، افزایش می‌یابد (افزایش گام) یا در صورت امکان کاهش می‌یابد (کاهش گام).

نحوه استفاده از طرح اقدام آسم:

نسخه اول (برای بیمار):

- اطلاعات اختصاصی داروها را وارد کنید و دستورالعمل‌ها را با بیمار و/یا خانواده او مرور نمایید.
- به بیمار و/یا خانواده درباره عواملی که آسم را تشدید می‌کنند و گام‌های کنترلی ذکرشده در پشت این فرم، آموزش دهید.
- قسمت پایین فرم را تکمیل و امضا کنید و این نسخه را به بیمار تحویل دهید.

نسخه دوم (برای مدرسه، مهدکودک، محل کار و غیره):

- به ولی/قیم توضیح دهید برای صدور مجوز حمل دارو و مصرف مستقل دارو توسط دانش‌آموز در مدرسه، و همچنین برای اجازه اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت دانش‌آموز با کارکنان مدرسه، لازم است بخش مربوطه در پشت فرم را امضا کنند.
- این نسخه از فرم را در اختیار مدرسه/مهدکودک/محل کار/مراقب یا سایر اشخاص ثالث دخیل قرار دهید. (فکس کردن این نسخه به مدرسه و غیره نیز امکان‌پذیر است.)

نسخه پایین (برای درج در پرونده):

- این نسخه را در پرونده پزشکی بیمار ثبت کنید.

توصیه‌های مدیریت آسم:

- مطمئن شوید بیمار/خانواده آموزش کافی درباره آسم و نحوه استفاده از دمیارها (اسپسرها) و سایر دستگاه‌های مصرف دارو دریافت کنند.
- کنترل آسم را با استفاده از آزمون استاندارد خودارزیابی یا شرح حال شفاهی در هر ویزیت ارزیابی کنید.
- اسپرومتری را در ابتدای درمان و حداقل هر 1 تا 2 سال یکبار برای بیماران ≥ 5 سال انجام دهید.
- طرح اقدام آسم را هر 6 تا 12 ماه یکبار به‌روزرسانی یا بازبینی کنید.
- از تمام بیماران مبتلا به آسم شدید تست آلرژی پوست یا خون بگیرید.
- بیمار/خانواده او را تشویق کنید حتی اگر آسم به‌خوبی تحت کنترل است، هر 1 تا 6 ماه یکبار برای پیگیری منظم درمان به پزشک خود مراجعه کنند.
- بیمار را در این موارد به متخصص ارجاع دهید:
 - اگر در دستیابی به کنترل آسم یا حفظ آن مشکلاتی وجود دارد یا
 - اگر به درمان مرحله 4 یا بالاتر (درمان مرحله 3 یا بالاتر برای کودکان 0 تا 4 سال) نیاز باشد، یا
 - اگر ایمونوتراپی یا مصرف امالیزوماب در نظر گرفته شده است، یا
 - اگر به آزمایش‌های بیشتر نیاز است، یا
 - اگر بیمار در سال گذشته به دو دوره درمان کوتاه‌مدت یا کورتیکواستروئیدهای سیستمیک خوراکی یا بستری در بیمارستان نیاز داشته است.

کسب اطلاعات بیشتر:

برای دسترسی به نسخه کامل راهنمای تشخیص و درمان آسم (Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma) مؤسسه ملی قلب، ریه و خون (National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI) (EPR-3) یا خلاصه گزارش منتشرشده در اکتبر 2007، به وبسایت <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm> مراجعه کنید.

THIS PAGE HAS BEEN INTENTIONALLY LEFT BLANK

طرح آسم من

فارسی

نام بیمار:

شماره پرونده پزشکی:

تاریخ تولد:

نام ارائه دهنده:

شماره تلفن ارائه دهنده:

تکمیل کننده:

تاریخ:

داروهای کنترل کننده	میزان مصرف	دفعات مصرف	سایر دستورالعملها
		_____ بار در روز هر روز!	☐ پس از مصرف، آب در دهانتان غرغره کنید یا دهان را بشویید
		_____ بار در روز هر روز!	
		_____ بار در روز هر روز!	
		_____ بار در روز هر روز!	
داروهای تسکین دهنده فوری	میزان مصرف	دفعات مصرف	سایر دستورالعملها
☐ آلبوتورول (پروایر، ونتولین، پروونتیل) ☐ لوالبوتورول (گزوپنکس)	☐ 2 پاف ☐ 4 پاف ☐ 1 جلسه درمان با نبولایزر	فقط طبق نیاز مصرف کنید (قسمت زیر را مشاهده کنید - از منطقه زرد یا پیش از ورزش شروع کنید)	توجه: اگر بیش از دو روز در هفته به این دارو نیاز دارید، با پزشکتان تماس بگیرید تا امکان افزایش داروهای کنترل کننده را بررسی و درباره طرح درمان خود صحبت کنید.

دستورالعمل‌های ویژه در زمان قرار داشتن در  وضعیت خوب،  وضعیت در حال وخامت،  هشدار پزشکی.

وضعیت خوب.



- عدم وجود سرفه، خس‌خس سینه، تنگی نفس در شب یا روز.
- توانایی انجام فعالیت‌های معمول.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):

به میزان _____ یا بالاتر است. (80% یا بیشتر از بهترین میزان شخصی)
بهترین پیک فلو شخصی (برای سنین 5 سال به بالا): _____

منطقه سبز

پیشگیری از علائم آسم به صورت روزانه:

☐ داروهای کنترل کننده خود (بالا) را هر روز مصرف می‌کنم.

☐ قبل از ورزش، _____ پاف از _____ مصرف می‌کنم.

☐ از عواملی که باعث تشدید آسم می‌شود، پرهیز می‌کنم. (پشت فرم را نگاه کنید.)

وضعیت در حال وخامت.



- سرفه، خس‌خس سینه، تنگی قفسه سینه، تنگی نفس، یا بیدار شدن در شب به دلیل علائم آسم، یا
- توانایی انجام بعضی از فعالیت‌های معمول، اما نه همه آن‌ها.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):

_____ تا _____ (50% تا 79% از بهترین میزان شخصی)

منطقه زرد

احتیاط. مصرف داروهای کنترل کننده را هر روز ادامه دهید، و:

☐ _____ پاف یا _____ یک درمان با نبولایزر از داروی تسکین دهنده فوری مصرف کنید. اگر ظرف 20 تا 30 دقیقه به منطقه سبز برنگشتید، _____ پاف دیگر یا جلسه درمان با نبولایزر انجام دهید. اگر ظرف یک ساعت به منطقه سبز برنگشتم، باید این اقدامات را انجام دهم:

☐ افزایش
☐ افزودن
☐ تماس با

☐ مصرف داروهای تسکین دهنده فوری را هر 4 ساعت طبق نیاز ادامه دهید. در صورت عدم بهبود ظرف _____ روز، با ارائه دهنده تماس بگیرید.

هشدار پزشکی



- تنگی نفس بسیار شدید، یا
- مؤثر نبودن داروهای تسکین دهنده فوری، یا
- ناتوانی در انجام فعالیت‌های معمول، یا
- ثابت ماندن یا بدتر شدن علائم پس از 24 ساعت در منطقه زرد.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):

کمتر از _____ (50% از بهترین میزان شخصی)

منطقه قرمز

هشدار پزشکی! کمک بگیرید!

☐ داروی تسکین فوری مصرف کنید: _____ پاف در هر _____ دقیقه مصرف کنید و بلافاصله کمک بگیرید.

☐ مصرف _____

☐ تماس با _____

خطر! فوراً کمک بگیرید! اگر به دلیل تنگی نفس در راه رفتن یا صحبت کردن مشکل دارید یا اگر لب‌ها یا ناخن‌هایتان خاکستری یا آبی شده است، با 911 تماس بگیرید. در رابطه با کودکان، اگر پوست اطراف گردن و بین دنده‌ها هنگام تنفس به داخل کشیده می‌شود یا کودک واکنش طبیعی نشان نمی‌دهد، با 911 تماس بگیرید.

ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی: امضای من به منزله تأیید دستورات کتبی بالاست. بنده درک می‌کنم تمام رویه‌ها مطابق با قوانین و مقررات ایالتی اجرا خواهد شد. دانش‌آموز می‌تواند داروهای آسم را با خود به همراه داشته باشد: ☐ بله ☐ خیر مصرف مستقل داروهای آسم توسط فرد: ☐ بله ☐ خیر (اعتبار این مجوز حداکثر یک سال از تاریخ امضای آن است.)

امضای ارائه دهنده خدمات بهداشتی

تاریخ

کنترل عواملی که باعث تشدید آسم می شود

دود

- سیگار نکشید. در کلاس‌های کمک به ترک سیگار شرکت کنید.
- اجازه کشیدن سیگار را در داخل خانه یا خودرو ندهید. بوی باقیمانده دود می‌تواند باعث تحریک آسم شود.
- از افرادی که در حال سیگار کشیدن هستند دوری کنید.
- اگر سیگاری هستید، در فضای باز سیگار بکشید.

گردوغبار



- هفته‌ای یک بار با جاروبرقی یا فیلتر دارای بازدهی بالا یا جاروبرقی مرکزی جارو بکشید. ترجیحاً زمانی که فرد مبتلا به آسم در خانه نیست، جارو بکشید.
- در صورت امکان، فرش‌ها را جمع کنید. قبل از جمع کردن فرش، سطح آن را کمی مرطوب کنید، سپس کف زمین را کاملاً خشک کنید.
- هفته‌ای یک بار کف زمین را با تی مرطوب تمیز کنید.
- ملحفه‌ها و اسباب‌بازی‌های پارچه‌ای را هر 1 تا 2 هفته یکبار با آب داغ بشویید. اسباب‌بازی‌های پارچه‌ای غیرقابل شست‌وشو را 24 ساعت در فریزر قرار دهید.
- برای تشک‌ها و بالش‌ها از روکش‌های زیپ‌دار ضد گردوغبار و ضد کنه استفاده کنید.
- ریخت‌وپاش را کم کنید و اسباب‌بازی‌های پارچه‌ای را، به‌ویژه در اطراف تخت، نگه ندارید.
- فیلترهای سیستم گرمایشی را به‌طور منظم تعویض کنید.

آفات



- مواد غذایی یا زباله را در محیط باز رها نکنید. مواد غذایی را در ظروف دربسته نگهداری کنید.
- برای مقابله با سوسک‌ها، از تله‌ها و طعمه‌های سمی مانند اسید بوریک استفاده کنید. به جای اسپری‌ها یا بمب‌های حشره‌کش، از طعمه‌هایی استفاده کنید که در مکان‌هایی دور از دسترس کودکان، مانند پشت یخچال، قرار می‌گیرند.
- اجساد سوسک‌ها و فضولات آن‌ها را با جاروبرقی تمیز کنید و سوراخ‌ها را با درزگیر یا الیاف مسی (پشم مس) پر کنید.
- هرگونه نشی در لوله‌ها، سقف یا سایر منابع آب را تعمیر کنید.

کپک



- هنگام دوش گرفتن یا آشپزی، از هواکش استفاده کنید یا پنجره‌ها را برای ایجاد جریان هوا باز بگذارید.
- لکه‌های کپک را از روی سطوح سخت با محلول آب داغ و مواد شوینده تمیز کنید و سطح را با یک برس سفت یا پد تمیزکننده بسابید، سپس با آب تمیز آبکشی کنید. وسایل جاذب رطوبت که کپک زده‌اند، ممکن است نیاز به تعویض داشته باشند.
- هنگام نظافت، مطمئن شوید فرد مبتلا به آسم در اتاق حضور ندارد.
- هرگونه نشی در لوله‌ها یا سایر منابع آب یا رطوبت را تعمیر کنید.

حیوانات



- ترجیحاً از نگهداری حیوانات خانگی خودداری کنید. از نگهداری حیوانات خانگی پشمالو یا پردار پرهیز کنید.
- حیوانات خانگی را به اتاق خواب فرد مبتلا به آسم راه ندهید.
- پس از نوازش حیوانات، دست‌های خود و فرد مبتلا به آسم را بشویید.

بوها/اسپری‌ها



- از به‌کار بردن محصولات با بوی تند، مانند خوشبوکننده‌های هوا، بخور، شوینده‌های معطر لباس و محصولات بهداشتی و آرایشی معطر خودداری کنید.
- از اجاق گاز یا فر برای گرم کردن خانه استفاده نکنید.
- هنگام نظافت، فرد مبتلا به آسم را از محل دور نگه دارید و از محصولات پاک‌کننده با بوی تند استفاده نکنید.
- از اسپری‌ها استفاده نکنید.
- از محصولات شوینده با قدرت بالا یا پاک‌کنندگی ویژه استفاده نکنید.
- از آمونیاک، سفیدکننده‌ها و ضدعفونی‌کننده‌ها پرهیز کنید.

گرده گیاهان و کپک‌های فضای باز



- سعی کنید در روزهایی که میزان گرده‌ها و کپک‌ها در هوا زیاد است، در خانه بمانید.
- در فصل گرده‌افشانی، پنجره‌ها را بسته نگه دارید.
- از پنکه استفاده نکنید؛ در عوض، از دستگاه تهویه مطبوع استفاده نمایید.

سرماخوردگی و آنفلوانزا

- برای حفظ سلامت بدن، ورزش کافی و خواب مناسب داشته باشید.
- از تماس نزدیک با افراد مبتلا به سرماخوردگی خودداری کنید.
- دست‌هایتان را مرتب بشویید و از تماس دست با صورتتان پرهیز کنید.
- هرسال واکسن آنفلوانزا تزریق کنید.

شرایط آب‌وهوایی و آلودگی هوا

- اگر هوای سرد باعث مشکل می‌شود، سعی کنید از طریق بینی نفس بکشید و دهان خود را با شال بپوشانید.
- به هشدارهای مربوط به کیفیت هوا توجه کنید و از ورزش شدید در آن مواقع خودداری نمایید.
- روزهایی که آلودگی شدید است، در خانه بمانید و پنجره‌ها را ببندید.

ورزش

- قبل از ورزش، بدن خود را گرم کنید.
- روزهایی که میزان گرده یا آلودگی هوا بالاست، برنامه‌تان را با فعالیت‌های داخل خانه جایگزین کنید.
- در صورت تجویز پزشک، دارو را قبل از ورزش مصرف کنید. (منطقه سبز طرح اقدام آسم را مشاهده کنید.)

طرح آسم من

فارسی

نام بیمار:

شماره پرونده پزشکی:

تاریخ تولد:

نام ارائه دهنده:

شماره تلفن ارائه دهنده:

تکمیل کننده:

تاریخ:

داروهای کنترل کننده	میزان مصرف	دفعات مصرف	سایر دستورالعملها
		_____ بار در روز هر روز!	☐ پس از مصرف، آب در دهانتان غرغره کنید یا دهان را بشویید
		_____ بار در روز هر روز!	
		_____ بار در روز هر روز!	
		_____ بار در روز هر روز!	
داروهای تسکین دهنده فوری	میزان مصرف	دفعات مصرف	سایر دستورالعملها
☐ آلبوتورول (پروایر، ونتولین، پروونتیل) ☐ لوالبوتورول (گزوپنکس)	☐ 2 پاف ☐ 4 پاف ☐ 1 جلسه درمان با نبولایزر	فقط طبق نیاز مصرف کنید (قسمت زیر را مشاهده کنید - از منطقه زرد یا پیش از ورزش شروع کنید)	توجه: اگر بیش از دو روز در هفته به این دارو نیاز دارید، با پزشکتان تماس بگیرید تا امکان افزایش داروهای کنترل کننده را بررسی و درباره طرح درمان خود صحبت کنید.

دستورالعمل‌های ویژه در زمان قرار داشتن در  وضعیت خوب،  وضعیت در حال وخامت،  هشدار پزشکی.

وضعیت خوب.

- عدم وجود سرفه، خس‌خس سینه، تنگی نفس در شب یا روز.
- توانایی انجام فعالیت‌های معمول.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):
به میزان _____ یا بالاتر است. (80% یا بیشتر از بهترین میزان شخصی)
بهترین پیک فلو شخصی (برای سنین 5 سال به بالا): _____

پیشگیری از علائم آسم به صورت روزانه:

☐ داروهای کنترل کننده خود (بالا) را هر روز مصرف می‌کنم.

☐ قبل از ورزش، _____ پاف از _____ مصرف می‌کنم.

☐ از عواملی که باعث تشدید آسم می‌شود، پرهیز می‌کنم. (پشت فرم را نگاه کنید.)



منطقه سبز

وضعیت در حال وخامت.

- سرفه، خس‌خس سینه، تنگی قفسه سینه، تنگی نفس، یا بیدار شدن در شب به دلیل علائم آسم، یا توانایی انجام بعضی از فعالیت‌های معمول، اما نه همه آن‌ها.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):
_____ تا _____ (50% تا 79% از بهترین میزان شخصی)

احتیاط. مصرف داروهای کنترل کننده را هر روز ادامه دهید، و:

☐ پاف یا _____ یک درمان با نبولایزر از داروی تسکین دهنده فوری مصرف کنید. اگر ظرف 20 تا 30 دقیقه به منطقه سبز برنگشتید، _____ پاف دیگر یا جلسه درمان با نبولایزر انجام دهید. اگر ظرف یک ساعت به منطقه سبز برنگشتم، باید این اقدامات را انجام دهم:

☐ افزایش _____

☐ افزودن _____

☐ تماس با _____

☐ مصرف داروهای تسکین دهنده فوری را هر 4 ساعت طبق نیاز ادامه دهید. در صورت عدم بهبود ظرف _____ روز، با ارائه دهنده تماس بگیرید.



منطقه زرد

هشدار پزشکی

- تنگی نفس بسیار شدید، یا
- مؤثر نبودن داروهای تسکین دهنده فوری، یا
- ناتوانی در انجام فعالیت‌های معمول، یا
- ثابت ماندن یا بدتر شدن علائم پس از 24 ساعت در منطقه زرد.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):
کمتر از _____ (50% از بهترین میزان شخصی)

هشدار پزشکی! کمک بگیرید!

☐ داروی تسکین فوری مصرف کنید: _____ پاف در هر _____ دقیقه مصرف کنید و بلافاصله کمک بگیرید.

☐ مصرف _____

☐ تماس با _____



منطقه قرمز

خطر! فوراً کمک بگیرید! اگر به دلیل تنگی نفس در راه رفتن یا صحبت کردن مشکل دارید یا اگر لب‌ها یا ناخن‌هایتان خاکستری یا آبی شده است، با 911 تماس بگیرید. در رابطه با کودکان، اگر پوست اطراف گردن و بین دنده‌ها هنگام تنفس به داخل کشیده می‌شود یا کودک واکنش طبیعی نشان نمی‌دهد، با 911 تماس بگیرید.

ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی: امضای من به منزله تأیید دستورات کتبی بالاست. بنده درک می‌کنم تمام رویه‌ها مطابق با قوانین و مقررات ایالتی اجرا خواهد شد. دانش‌آموز می‌تواند داروهای آسم را با خود به همراه داشته باشد: ☐ بله ☐ خیر مصرف مستقل داروهای آسم توسط فرد: ☐ بله ☐ خیر (اعتبار این مجوز حداکثر یک سال از تاریخ امضای آن است.)

امضای ارائه دهنده خدمات بهداشتی

تاریخ

مجوز و سلب مسئولیت از ولی/قیم: اینجانب درخواست می‌کنم مدرسه، طبق قوانین و مقررات ایالتی، فرزندم را درخصوص مصرف داروهای آسم ذکرشده در این فرم و «طرح اقدام آسم» کمک کند. ☐ بله ☐ خیر.

فرزندم مجاز است داروهای آسم خود را حمل و شخصاً استفاده نماید و موافقت می‌کنم که مدرسه و مسئولین آن هیچ‌گونه مسئولیتی درقبال عوارض جانبی احتمالی ناشی از مصرف دارو توسط فرزندم نخواهند داشت و اینجانب هرگونه ادعایی را در این خصوص از ایشان سلب می‌نمایم: ☐ بله ☐ خیر.

امضای ولی/قیم

تاریخ

مجوز استفاده یا افشای اطلاعات سلامت برای ناحیه‌های آموزشی

تکمیل این سند به منزله صدور مجوز افشا و/یا استفاده از اطلاعات سلامت قابل شناسایی فردی، طبق موارد مندرج در زیر و مطابق با قوانین فدرال (از جمله قانون انتقال و پاسخ‌گویی بیمه سلامت (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)) در خصوص حریم خصوصی چنین اطلاعاتی است. ارائه نکردن تمام اطلاعات درخواست‌شده ممکن است موجب بی‌اعتبار شدن این مجوز شود.

اطلاعات استفاده و افشا:

نام بیمار/دانش‌آموز: _____ / _____
نام خانوادگی نام حرف اول نام میانی نام تاریخ تولد

اینجانب، امضاکننده زیر، بدین‌وسیله اجازه می‌دهم (نام مرکز و/یا ارائه‌دهندگان خدمات درمانی):

(1) _____ (2) _____

اطلاعات سلامت از پرونده پزشکی فرزند نامبرده در بالا را به مرکز زیر ارائه و از آن دریافت کند:

مدرسه یا ناحیه آموزشی که اطلاعات برای آن افشا می‌شود نشانی / شهر و ایالت / زیپ‌کد

فرد رابط در مدرسه یا ناحیه آموزشی کد منطقه و شماره تلفن

افشای اطلاعات سلامت برای هدف زیر ضروری است:

اطلاعات درخواست‌شده به شرح زیر محدود خواهد بود: ☐ تمام اطلاعات سلامت، یا ☐ اطلاعات خاص بیماری به این شرح:

مدت:

این مجوز بلافاصله پس از امضا معتبر خواهد بود و تا تاریخ _____ (تاریخ را وارد کنید)، یا اگر تاریخی وارد نشود، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.

محدودیت‌ها:

طبق قانون، درخواست‌کننده از افشای مجدد اطلاعات سلامت من منع شده است، مگر اینکه درخواست‌کننده مجوز دیگری از من اخذ نماید یا چنین افشایی مشخصاً توسط قانون الزامی یا مجاز شمرده شده باشد.

حقوق شما:

اینجانب آگاهم درخصوص این مجوز از این حقوق برخوردارم: می‌توانم در هر زمان این مجوز را لغو کنم. ابطال مجوز توسط من باید به صورت کتبی، توسط من یا از طرف من امضا شده باشد، و به سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی/درمانی/اشخاص ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی/درمانی ذکرشده در بالا تحویل داده شود. ابطال مجوز از زمان دریافت معتبر خواهد بود، اما بر اقداماتی که درخواست‌کننده یا دیگران با اتکا به این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

افشای مجدد:

اینجانب درک می‌کنم درخواست‌کننده (ناحیه آموزشی) از این اطلاعات طبق «قانون حفاظت از حقوق برابر خانواده‌ها» (Family Equal Rights Protection Act, FERPA) محافظت خواهد کرد و این اطلاعات جزئی از سوابق آموزشی دانش‌آموز خواهد شد. این اطلاعات با هدف فراهم آوردن محیط آموزشی ایمن، مناسب و با کمترین محدودیت و همچنین ارائه خدمات و برنامه‌های بهداشت مدارس، با افرادی که در مدرسه یا با منطقه مدرسه همکاری دارند، به اشتراک گذاشته خواهد شد.

اینجانب از حق دریافت نسخه‌ای از این تأییدیه برخوردار هستم. امضای این رضایت‌نامه ممکن است شرط لازم برای بهره‌مندی این دانش‌آموز از خدمات مناسب در محیط آموزشی باشد.

تأیید:

نام با حروف بزرگ انگلیسی

امضا

تاریخ

نسبت با بیمار/دانش‌آموز

کد منطقه و شماره تلفن

طرح آسم من

فارسی

نام بیمار:

شماره پرونده پزشکی:

تاریخ تولد:

نام ارائه دهنده:

شماره تلفن ارائه دهنده:

تکمیل کننده:

تاریخ:

داروهای کنترل کننده	میزان مصرف	دفعات مصرف	سایر دستورالعملها
		_____ بار در روز هر روز!	☐ پس از مصرف، آب در دهانتان غرغره کنید یا دهان را بشویید
		_____ بار در روز هر روز!	
		_____ بار در روز هر روز!	
		_____ بار در روز هر روز!	
داروهای تسکین دهنده فوری	میزان مصرف	دفعات مصرف	سایر دستورالعملها
☐ آلبوترول (پروایر، ونتولین، پروونتیل) ☐ لوالیوترول (گزنوپکس)	☐ 2 پاف ☐ 4 پاف ☐ 1 جلسه درمان با نبولایزر	فقط طبق نیاز مصرف کنید (قسمت زیر را مشاهده کنید - از منطقه زرد یا پیش از ورزش شروع کنید)	توجه: اگر بیش از دو روز در هفته به این دارو نیاز دارید، با پزشکتان تماس بگیرید تا امکان افزایش داروهای کنترل کننده را بررسی و درباره طرح درمان خود صحبت کنید.

دستورالعملهای ویژه در زمان قرار داشتن در  وضعیت خوب،  وضعیت در حال وخامت،  هشدار پزشکی.

وضعیت خوب.

- عدم وجود سرفه، خس خس سینه، تنگی نفس در شب یا روز.
- توانایی انجام فعالیت های معمول.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):
به میزان _____ یا بالاتر است. (80% یا بیشتر از بهترین میزان شخصی)
بهترین پیک فلو شخصی (برای سنین 5 سال به بالا): _____

پیشگیری از علائم آسم به صورت روزانه:

☐ داروهای کنترل کننده خود (بالا) را هر روز مصرف می کنم.

☐ قبل از ورزش، _____ پاف از _____ مصرف می کنم.

☐ از عواملی که باعث تشدید آسم می شود، پرهیز می کنم. (پشت فرم را نگاه کنید.)



منطقه سبز

وضعیت در حال وخامت.

- سرفه، خس خس سینه، تنگی قفسه سینه، تنگی نفس، یا بیدار شدن در شب به دلیل علائم آسم، یا توانایی انجام بعضی از فعالیت های معمول، اما نه همه آنها.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):
_____ تا _____ (50% تا 79% از بهترین میزان شخصی)

احتیاط. مصرف داروهای کنترل کننده را هر روز ادامه دهید، و:

☐ پاف یا _____ یک درمان با نبولایزر از داروی تسکین دهنده فوری مصرف کنید. اگر ظرف 20 تا 30 دقیقه به منطقه سبز برنگشتید، _____ پاف دیگر یا جلسه درمان با نبولایزر انجام دهید. اگر ظرف یک ساعت به منطقه سبز برنگشتم، باید این اقدامات را انجام دهم:

☐ افزایش _____

☐ افزودن _____

☐ تماس با _____

☐ مصرف داروهای تسکین دهنده فوری را هر 4 ساعت طبق نیاز ادامه دهید. در صورت عدم بهبود ظرف _____ روز، با ارائه دهنده تماس بگیرید.



منطقه زرد

هشدار پزشکی

- تنگی نفس بسیار شدید، یا
- مؤثر نبودن داروهای تسکین دهنده فوری، یا
- ناتوانی در انجام فعالیت های معمول، یا
- ثابت ماندن یا بدتر شدن علائم پس از 24 ساعت در منطقه زرد.

پیک فلو (برای سنین 5 سال به بالا):
کمتر از _____ (50% از بهترین میزان شخصی)

هشدار پزشکی! کمک بگیرید!

☐ داروی تسکین فوری مصرف کنید: _____ پاف در هر _____ دقیقه مصرف کنید و بلافاصله کمک بگیرید.

☐ مصرف _____

☐ تماس با _____



منطقه قرمز

خطر! فوراً کمک بگیرید! اگر به دلیل تنگی نفس در راه رفتن یا صحبت کردن مشکل دارید یا اگر لب ها یا ناخن هایتان خاکستری یا ابی شده است، با 911 تماس بگیرید. در رابطه با کودکان، اگر پوست اطراف گردن و بین دنده ها هنگام تنفس به داخل کشیده می شود یا کودک واکنش طبیعی نشان نمی دهد، با 911 تماس بگیرید.

ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی درمانی: امضای من به منزله تأیید دستورات کتبی بالاست. بنده درک می کنم تمام رویه ها مطابق با قوانین و مقررات ایالتی اجرا خواهد شد. دانش آموز می تواند داروهای آسم را با خود به همراه داشته باشد: ☐ بله ☐ خیر مصرف مستقل داروهای آسم توسط فرد: ☐ بله ☐ خیر (اعتبار این مجوز حداکثر یک سال از تاریخ امضای آن است.)

تاریخ

امضای ارائه دهنده خدمات بهداشتی

کمیته‌ای به واسطه «پروژه منطقه‌ای مدیریت و پیشگیری از آسم» (Regional Asthma Management and Prevention, RAMP)، که برنامه‌ای از طرف مؤسسه بهداشت عمومی است، این طرح آسم را تهیه کرده است. این سند با حمایت از طریق توافق‌نامه همکاری به شماره 1U58DP001016-01 از طرف مرکز کنترل و پیشگیری بیماری منتشر شده است. محتوای آن منحصرأ مسئولیت نویسندگان است و لزوماً بیانگر دیدگاه‌های رسمی مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) نیست. این طرح براساس توصیه‌های مندرج در راهنمای تشخیص و درمان آسم (Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma) از طرف مؤسسه ملی قلب، ریه و خون در نشریه مؤسسه ملی سلامت (National Institutes of Health, NIH) شماره 07-4051 (آگوست 2007) تهیه شده است. اطلاعات مندرج در این سند به منظور استفاده و تسهیل کار پزشکان و سایر کادر پزشکی در نظر گرفته شده و ممکن است در تمام شرایط قابل استفاده نباشد. کادر پزشکی متخصص با توجه به منابع موجود و شرایط هر بیمار باید در زمینه به کارگیری هر توصیه خاص تصمیم‌گیری کند. هیچ‌یک از نهادها یا افراد دخیل در تأمین مالی یا توسعه این برنامه هیچ‌گونه ضمانت صریح یا ضمنی در رابطه با کیفیت، تناسب، عملکرد یا نتایج استفاده از اطلاعات یا محصولات توصیف شده در این طرح یا راهنماها ارائه نمی‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً با RAMP به شماره 302-3365 (510) یا نشانی <http://www.rampasthma.org> تماس بگیرید.