

천식 행동 계획



환자 이름: _____ 생년월일: _____

의료 서비스 제공자 이름: _____

의료 서비스 제공자 전화번호: _____ 작성자: _____

조절제	투여 량	투여 시간	기타 지시 사항
		_____ 번/하루 매일!	<input type="checkbox"/> 사용 후 입안을 가글하거나 헹구세요
		_____ 번/하루 매일!	
		_____ 번/하루 매일!	
		_____ 번/하루 매일!	
신속 완화제	투여 량	투여 빈도	기타 지시 사항
<input type="checkbox"/> 알부테롤 (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> 레발부테롤 (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 1 회 흡입 <input type="checkbox"/> 2 회 흡입 <input type="checkbox"/> 3 회 흡입 <input type="checkbox"/> 4 회 흡입 <input type="checkbox"/> 네블라이저 치료 1회	필요한 경우에만 투여하세요 (아래 참조 — 옐로우 존에서 시작하거나 운동 전)	참고: 이 약이 일주일에 2일 이상 필요한 경우, 의료 서비스 제공자에게 전화하여 조절제를 늘리는 것을 고려하고 치료 계획에 대해 상담하세요.

허가 하에 사용함. 지역 천식 관리 및 예방 (Regional Asthma Management & Prevention, RAMP).

상황별 특별 지시 사항 😊 상태가 좋을 때, 😞 상태가 나빠질 때 또는 🚨 응급 상황일 때.



그린
관리

상태가 좋을 때.

- 낮이나 밤에 기침, 쌉쌉거림, 가슴 답답함 또는 호흡 곤란이 없습니다.
- 일반적인 활동이 가능합니다.

최대 호기량 (5세 이상): _____ 이상. (개인 최고 기록의 80% 이상)

개인 최고 최대 호기량 (5세 이상): _____

매일 천식 증상 예방하기:

- 조절제 (위) 를 매일 복용하세요.
- 운동 전, _____ 회 _____ 흡입하세요
- 천식을 악화시키는 것들을 피하세요.



옐로
관리

상태가 나빠질 때.

- 기침, 쌉쌉거림, 가슴 답답함, 호흡 곤란 또는
- 천식 증상으로 인해 밤에 잠에서 깨거나
- 일반적인 활동을 다하지는 못해도 어느 정도 가능합니다.

최대 호기량 (5세 이상): _____ ~ _____ (개인 최고 기록의 50%~79%)

주의. 매일 투여하는 조절제를 계속 복용하세요. 그리고,

- _____ 회 흡입하거나 신속 완화제 네불라이저 치료를 1회 시행하세요. 20~30분 이내에 그린 존으로 돌아가지 않으면 _____ 회 더 흡입하거나 네불라이저 치료를 시행하세요. 1시간 이내에 그린 존으로 돌아가지 않으면 다음을 따르세요.
- 다음을 증량하세요 _____
- 다음을 추가하세요 _____
- 다음 번호로 전화하세요 _____
- 필요에 따라 4시간마다 신속 완화제를 계속 사용하세요. _____ 일 후에도 나아지지 않으면 의료 서비스 제공자에게 전화하세요.



레드
관리

응급 상황.

- 매우 숨이 차거나
- 신속 완화제가 도움이 되지 않거나
- 일상적인 활동을 할 수 없거나
- 옐로우 존 상태에서 24시간이 지나도 증상이 동일하거나 더 심해집니다.

최대 호기량 (5세 이상): _____ 미만(개인 최고 기록의 50%)

응급 상황입니다! 도움을 요청하세요!

- 신속 완화제를 투여하세요. _____ 회 흡입을 _____ 분마다 반복하고 즉시 도움을 요청하세요.
- 다음을 투여하세요 _____
- 다음 번호로 전화하세요 _____

위험합니다! 즉시 도움을 요청하세요! 숨이 차서 걷거나 말하기 힘들거나, 입술이나 손톱이 회색이나 파란색으로 변하면 911에 전화하세요. 어린이의 경우, 호흡 중 목과 갈비뼈 주위의 피부가 들어가거나 아이가 정상적으로 반응하지 않으면 911에 전화하세요.