



نام بیمار: _____ تاریخ تولد: _____

نام ارائه دهنده: _____

شماره تلفن ارائه دهنده: _____ تکمیل شده توسط: _____

| سایر دستورالعمل ها | چه زمانی مصرف شود | چه مقداری استفاده شود | داروهای کنترل کننده |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> بعد از استفاده دهان را غرغره کنید یا بشویید | _____ مرتبه در روز هر روز! | | |
| | _____ مرتبه در روز هر روز! | | |
| | _____ مرتبه در روز هر روز! | | |
| | _____ مرتبه در روز هر روز! | | |
| سایر دستورالعمل ها | هرچند وقت یکبار | چه مقداری استفاده شود | داروهای تسکین دهنده سریع |
| تذکره: اگر بیش از 2 روز در هفته به این دارو نیاز دارید، با یک ارائه دهنده تماس بگیرید تا افزایش داروهای کنترل کننده را در نظر بگیرند و در مورد برنامه درمانی خود صحبت کنید. | فقط در صورت نیاز مصرف کنید (به اطلاعات زیر مراجعه کنید - شروع استفاده اگر پیک تنفس در ناحیه زرد است یا قبل از ورزش) | <input type="checkbox"/> 1 پف اسپری <input type="checkbox"/> 2 پف اسپری <input type="checkbox"/> 3 پف اسپری <input type="checkbox"/> 4 پف اسپری <input type="checkbox"/> 1 درمان با نبولایزر | <input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex) |

با مجوز استفاده شده از Regional Asthma Management & Prevention (RAMP)

دستورالعمل های ویژه زمانی که 😊 **حالم خوب است** 😞 **بدتر می شوم** یا 😡 **وضعیت جدی پزشکی دارم**.



محدوده ی سبز

زمانی که حالم خوب است.

- بدون سرفه، خس خس سینه، تنگی قفسه سینه یا تنگی نفس در طول روز یا شب.
 - می توانم فعالیت های معمولی را انجام دهم.
- Peak Flow** یا پیک جریان تنفسی (برای سنین 5 سال به بالا): _____ یا بیشتر است. (80% یا بیشتر از بهترین پیک جریان شخصی)
- بهترین پیک جریان شخصی** (برای سنین 5 سال به بالا): _____

هر روز از علائم آسم پیشگیری کنید:

- داروهای کنترل کننده خود را (در بالا ذکر شدند) را هر روز مصرف می کنم.
- قبل از ورزش، تعداد _____ پف اسپری از _____ را استفاده می کنم.
- از مواردی که آسم من را بدتر می کند اجتناب خواهم کرد.



محدوده ی زرد

بدتر شدن.

- سرفه، خس خس سینه، گرفتگی قفسه سینه، تنگی نفس یا
 - بیدار شدن در شب به دلیل علائم آسم یا
 - می توانم برخی، اما نه همه، فعالیت های معمول را انجام دهم.
- Peak Flow** یا پیک جریان تنفسی (برای سنین 5 سال به بالا): _____ تا _____ (50% تا 79% از بهترین پیک جریان شخصی)

توجه. به مصرف داروهای کنترل کننده روزانه ادامه دهید و:

- _____ پف اسپری یا 1 نبولایزر داروی تسکین دهنده سریع مصرف نمایم. اگر در عرض 20 تا 30 دقیقه به ناحیه سبز تنفسی برگشتم، _____ پف اسپری بیشتر یا درمان های نبولایزر مصرف می نمایم. اگر تا 1 ساعت دیگر به ناحیه سبز برنگردم، باید:
 - افزایش _____
 - اضافه نمودن _____
 - تماس با _____
 - در صورت نیاز هر 4 ساعت یکبار مصرف داروی تسکین دهنده سریع را ادامه دهید. در صورت عدم بهبود در عرض _____ روز با ارائه دهنده تماس بگیرید.



محدوده ی قرمز

وضعیت جدی پزشکی.

- تنگی نفس شدید یا
 - داروهای تسکین دهنده سریع کمکی نکرده اند
 - نمی توانم فعالیت های معمولی انجام دهم یا
 - علائم تغییری نکردند یا بعد از 24 ساعت در ناحیه زرد بدتر شده اند.
- Peak Flow** یا پیک جریان تنفسی (برای سنین 5 سال به بالا): کمتر از _____ (50% بهترین پیک جریان شخصی)

هشدار پزشکی! کمک بگیرید!

- داروی تسکین دهنده سریع مصرف کنید: هر _____ دقیقه _____ پف اسپری دریافت کرده و فوراً کمک بگیرید.
- استفاده از _____
- تماس با _____

خطر! فوراً کمک بگیرید! اگر به دلیل تنگی نفس در راه رفتن یا صحبت کردن مشکل دارید یا اگر لب ها یا ناخن های دست خاکستری یا آبی شدند با **911** تماس بگیرید. برای کودکان، اگر پوست اطراف گردن و دنده ها در حین تنفس به داخل کشیده می شود، و کودک به طور معمول به شما پاسخ نمی دهد، با **911** تماس بگیرید.