

План действий при астме



Полное имя пациента: _____ Дата рождения: _____

Имя врача: _____

Телефон врача: _____ Кем заполнено: _____

Препараты для контроля астмы	Дозировка	Как принимать	Дополнительные указания
		_____ раз(а) в день КАЖДЫЙ ДЕНЬ!	<input type="checkbox"/> Полоскать горло или рот после использования
		_____ раз(а) в день КАЖДЫЙ ДЕНЬ!	
		_____ раз(а) в день КАЖДЫЙ ДЕНЬ!	
		_____ раз(а) в день КАЖДЫЙ ДЕНЬ!	
Препараты быстрого действия	Дозировка	Как принимать	Дополнительные указания
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 1 вдох <input type="checkbox"/> 2 вдоха <input type="checkbox"/> 3 вдоха <input type="checkbox"/> 4 вдоха <input type="checkbox"/> 1 небулайзерная ингаляция	Принимать ТОЛЬКО при необходимости (см. ниже — в начале Жёлтой Зоны или перед физической нагрузкой)	ПРИМЕЧАНИЕ: Если вам необходимо использовать этот препарат чаще 2-х раз в неделю, обратитесь к врачу — возможно, потребуется увеличить дозировку контролирующих препаратов и пересмотреть план лечения.

Использовано с разрешения. Региональная программа по управлению и профилактике астмы (Regional Asthma Management & Prevention, RAMP).

Особые инструкции: когда я 😊 чувствую себя хорошо, 😞 начинаю чувствовать ухудшение или 😡 требуется срочная медицинская помощь.

ЗЕЛЁНАЯ ЗОНА



Когда я чувствую себя **хорошо**.

- Нет кашля, хрипов, стеснения в груди или одышки днём или ночью.
- Могу выполнять все обычные повседневные действия.

Пиковая скорость выдоха (для лиц от 5 лет и старше): _____ или выше (80% и более от моего личного лучшего показателя).

Мой личный лучший показатель пиковой скорости выдоха (для лиц от 5 лет и старше): _____

Необходимо **ПРЕДУПРЕЖДАТЬ** симптомы астмы каждый день:

- ☐ Принимать мои препараты для контроля астмы (см. выше) ежедневно.
- ☐ Перед физической нагрузкой: делать _____ вдоха(ов) препарата _____
- ☐ Избегать факторов, вызывающих обострение астмы.

ЖЁЛТАЯ ЗОНА



Когда начинаю чувствовать **ухудшение**.

- Появляется кашель, хрипы, стеснение в груди или одышка, или
- Просыпаюсь ночью из-за симптомов астмы, или
- Могу выполнять только часть обычных дел.

Пиковая скорость выдоха (для лиц от 5 лет и старше): _____ до _____ (50%–79% от моего личного лучшего показателя).

ОСТОРОЖНО. Необходимо продолжать приём ежедневных препаратов для контроля астмы И:

- ☐ Делать _____ вдоха(ов) или 1 ингаляцию небулайзером быстродействующего препарата.

Если через 20–30 минут не вернусь в Зелёную Зону — сделать ещё _____ вдохов или небулайзерных ингаляций. Если через 1 час всё ещё не в Зелёной Зоне, мне необходимо:

- ☐ Увеличить _____
- ☐ Добавить _____
- ☐ Позвонить _____
- ☐ Продолжать использовать быстродействующий препарат каждые 4 часа по мере необходимости. Если улучшения нет в течение _____ дней.

КРАСНАЯ ЗОНА



Медицинское предупреждение.

- Сильная одышка, или
- Быстродействующие препараты не помогают, или
- Невозможно выполнять обычные действия, или
- Симптомы сохраняются или усиливаются спустя 24 часа в Жёлтой Зоне.

Пиковая скорость выдоха (для лиц от 5 лет и старше): менее _____ (50% от моего личного лучшего показателя).

МЕДИЦИНСКОЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ! Обратитесь за помощью! Необходимо:

- ☐ Принять быстродействующий препарат: _____ вдоха(ов) каждые _____ минут и немедленно обратиться за медицинской помощью.
- ☐ Принять _____
- ☐ Позвонить _____

Опасность! Срочно обратитесь за помощью! Позвоните в Службу 911, если вам трудно ходить или говорить из-за одышки, или если губы или ногти посинели или посерели. Для детей: немедленно звоните в Службу 911, если кожа в области шеи и рёбер втягивается при дыхании, или если ребёнок не реагирует как обычно.