

Plan działania przeciwko astmie

Data ukończenia

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Klasa/Nauczyciel
Lekarz	Telefon służbowy lekarza	Numer dokumentacji medycznej
Rodzic/opiekun	Telefon	Telefon alternatywny
Rodzic / opiekun / zastępca osoby do kontaktu w nagłych wypadkach	Telefon	Telefon alternatywny

ROZPOZNANIE PRZEBIEGU ASTMY

- Epizodyczny Uporczywy [Łagodny Umiarkowany Ostry]

CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE ASTMĘ (Czynniki, które pogarszają stan astmy)

- Dym tytoniowy Przeziębienia Ćwiczenia Zwierzęta Kurz
 Żywność Pogoda Zapachy Pyłki Inne _____

ZIELONA STREFA: RUSZAJ!

Zażywaj **CODZIENNE LEKI KONTROLUJĄCE OBJAWY (ZAPOBIEGAWCZE) CODZIENNIE**

Jeśli spełniasz **WSZYSTKIE** poniższe warunki:



- Oddychanie jest łatwe
- Brak kaszlu lub świszczącego oddechu
- Możesz pracować i bawić się
- Możesz przespać całą noc

- Codzienne leki kontrolujące objawy nie są wymagane
 Codzienne leki kontrolujące objawy: _____

Zażywaj _____ dawek inhalacyjnych lub _____ tabletkę/tabletki/tabletek _____ codziennie.
 W przypadku astmy przy ćwiczeniach DODAJ: _____
_____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych z zachowaniem _____ minut przerwy przed ćwiczeniem

ZAWSZE PRZEPŁUCZ USTA PO UŻYCIU CODZIENNEGO LEKU INHALACYJNEGO

ŻÓŁTA STREFA: OSTROŻNIE!

Kontynuuj zażywanie **CODZIENNYCH LEKÓW KONTROLUJĄCYCH OBJAWY** i **DODAJ leki SZYBKO DZIAŁAJĄCE**

Jeśli występuje u Ciebie **KTÓRYKOLWIEK** z następujących objawów:



- Kaszel lub łagodny świszczący oddech
- Ucisk w klatce piersiowej
- Dusznoci
- Trudności ze snem, pracą lub zabawą

Gdy masz trudności z oddychaniem, zażywaj codziennie lek kontrolujący objawy, jeśli jest to zalecane, i dodaj ten lek przynoszący szybką ulgę:

- lek inhalacyjny _____ w ilości _____ mcg
Zażywaj _____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych co _____ godz. w zależności od potrzeby. Zawsze rób przerwę, niektóre dzieci mogą potrzebować maski.
 nebulizator _____ w ilości _____ mg / _____ ml
Stosuj nebulizator _____ co _____ godz. w zależności od potrzeby.
 Inne _____

Jeśli lek szybko działający **NIE POMAGA** w ciągu _____ minut, zażyj go ponownie i **ZADZWOŃ** do swojego lekarza.

W przypadku stosowania leków szybko działających częściej niż _____ razy w ciągu _____ godzin **ZADZWOŃ** do swojego lekarza.

W PRZYPADKU PRZEBYWANIA W ŻÓLTEJ STREFIE DŁUŻEJ NIŻ 24 GODZINY SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM.

CZERWONA STREFA: ALARM!

Kontynuuj zażywanie **CODZIENNYCH LEKÓW KONTROLUJĄCYCH OBJAWY, LEKÓW SZYBKO DZIAŁAJĄCYCH** i **UZYSKAJ POMOC!**

Jeśli występuje u Ciebie **KTÓRYKOLWIEK** z następujących objawów:



- Bardzo słaby oddech
- Lek nie pomaga
- Oddech jest szybki i ci ki
- Nos rozszerzony, widoczne ebra, nie dasz rady dobrze mówić
- Usta lub paznokcie s szare lub niebieskawe

- _____ inhaler _____ mcg
Zażywaj _____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych co _____ godz. w zależności od potrzeby. Zawsze rób przerwę, niektóre dzieci mogą potrzebować maski.
 nebulizator _____ w ilości _____ mg / _____ ml
Stosuj nebulizator _____ co _____ godz. w zależności od potrzeby.
 Inne _____

PONOWNIE SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM PODCZAS STOSOWANIA LEKÓW SZYBKO DZIAŁAJĄCYCH. Jeśli nie możesz skontaktować się z lekarzem, ZADZWOŃ NA POGOTOWIE POD NUMER 911 LUB UDAJ SIĘ BEZPOŚREDNIO NA ODDZIAŁ RATUNKOWY!

WYMAGANE ZGODY NA STOSOWANIE LEKÓW W SZKOLE

Zgoda lekarza: Proszę o realizowanie tego planu według pisemnych wytycznych. Ten plan jest ważny w roku szkolnym _____ – _____.

Podpis _____ Data _____

Zgoda rodzica/opiekuna: Wyrażam zgodę, aby pielęgniarka szkolna podawała leki wymienione w tym planie lub aby przeszkolony personel szkolny pomagał mojemu dziecku w ich przyjmowaniu po sprawdzeniu przez pielęgniarkę szkolną. Ten plan zostanie udostępniony personelowi szkolnemu sprawującemu opiekę nad moim dzieckiem.

Podpis _____ Data _____

OPCJONALNE ZEZWOLENIA NA NOSZENIE I SAMODZIELNE STOSOWANIE LEKÓW W SZKOLE

Zezwolenie lekarza na noszenie i samodzielne stosowanie: Poświadczam, że ten uczeń wykazał mi, że może skutecznie samodzielnie zażywać ten lek ratunkowy oraz może mieć przy sobie i samodzielnie stosować ten lek w szkole bez nadzoru personelu szkolnego.

Podpis _____ Data _____

Zgoda rodzica/opiekuna na noszenie i samodzielne stosowanie leku (jeśli zostało zalecane przez lekarza wymienionego powyżej): Wyrażam zgodę na to, aby moje dziecko mogło samodzielnie zażywać ten lek ratunkowy oraz mieć przy sobie i samodzielnie stosować ten lek w szkole bez nadzoru personelu szkolnego.

Podpis _____ Data _____

Plan działania przeciwko astmie

Data ukończenia

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Klasa/Nauczyciel
Lekarz	Telefon służbowy lekarza	Numer dokumentacji medycznej
Rodzic/opiekun	Telefon	Telefon alternatywny
Rodzic / opiekun / zastępca osoby do kontaktu w nagłych wypadkach	Telefon	Telefon alternatywny

ROZPOZNANIE PRZEBIEGU ASTMY

- Epizodyczny Uporczywy [Łagodny Umiarkowany Ostry]

CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE ASTMĘ (Czynniki, które pogarszają stan astmy)

- Dym tytoniowy Przeziębienia Ćwiczenia Zwierzęta Kurz
 Żywność Pogoda Zapachy Pyłki Inne _____

ZIELONA STREFA: RUSZAJ!

Zażywaj **CODZIENNE LEKI KONTROLUJĄCE OBJAWY (ZAPOBIEGAWCZE) CODZIENNIE**

Jeśli spełniasz **WSZYSTKIE** poniższe warunki:



- Oddychanie jest łatwe
- Brak kaszlu lub świszczącego oddechu
- Możesz pracować i bawić się
- Możesz przespać całą noc

- Codzienne leki kontrolujące objawy nie są wymagane
 Codzienne leki kontrolujące objawy: _____

Zażywaj _____ dawek inhalacyjnych lub _____ tabletkę/tabletki/tabletek _____ codziennie.
 W przypadku astmy przy ćwiczeniach DODAJ: _____
_____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych z zachowaniem _____ minut przerwy przed ćwiczeniem

ZAWSZE PRZEPŁUCZ USTA PO UŻYCIU CODZIENNEGO LEKU INHALACYJNEGO

ŻÓŁTA STREFA: OSTROŻNIE!

Kontynuuj zażywanie **CODZIENNYCH LEKÓW KONTROLUJĄCYCH OBJAWY** i **DODAJ leki SZYBKO DZIAŁAJĄCE**

Jeśli występuje u Ciebie **KTÓRYKOLWIEK** z następujących objawów:



- Kaszel lub łagodny świszczący oddech
- Ucisk w klatce piersiowej
- Dusznosci
- Trudności ze snem, pracą lub zabawą

Gdy masz trudności z oddychaniem, zażywaj codziennie lek kontrolujący objawy, jeśli jest to zalecane, i dodaj ten lek przynoszący szybką ulgę:

- lek inhalacyjny _____ w ilości _____ mcg
Zażywaj _____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych co _____ godz. w zależności od potrzeby. Zawsze rób przerwę, niektóre dzieci mogą potrzebować maski.
 nebulizator _____ w ilości _____ mg / _____ ml
Stosuj nebulizator _____ co _____ godz. w zależności od potrzeby.
 Inne _____

Jeśli lek szybko działający **NIE POMAGA** w ciągu _____ minut, zażyj go ponownie i **ZADZWOŃ** do swojego lekarza.

W przypadku stosowania leków szybko działających częściej niż _____ razy w ciągu _____ godzin **ZADZWOŃ** do swojego lekarza.

W PRZYPADKU PRZEBYWANIA W ŻÓLTEJ STREFIE DŁUŻEJ NIŻ 24 GODZINY SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM.

CZERWONA STREFA: ALARM!

Kontynuuj zażywanie **CODZIENNYCH LEKÓW KONTROLUJĄCYCH OBJAWY, LEKÓW SZYBKO DZIAŁAJĄCYCH** i **UZYSKAJ POMOC!**

Jeśli występuje u Ciebie **KTÓRYKOLWIEK** z następujących objawów:



- Bardzo słaby oddech
- Lek nie pomaga
- Oddech jest szybki i ci ki
- Nos rozszerzony, widoczne ebra, nie dasz rady dobrze mówić
- Usta lub paznokcie s szare lub niebieskawe

- _____ inhaler _____ mcg
Zażywaj _____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych co _____ godz. w zależności od potrzeby. Zawsze rób przerwę, niektóre dzieci mogą potrzebować maski.
 nebulizator _____ w ilości _____ mg / _____ ml
Stosuj nebulizator _____ co _____ godz. w zależności od potrzeby.
 Inne _____

PONOWNIE SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM PODCZAS STOSOWANIA LEKÓW SZYBKO DZIAŁAJĄCYCH. Jeśli nie możesz skontaktować się z lekarzem, ZADZWOŃ NA POGOTOWIE POD NUMER 911 LUB UDAJ SIĘ BEZPOŚREDNIO NA ODDZIAŁ RATUNKOWY!

WYMAGANE ZGODY NA STOSOWANIE LEKÓW W SZKOLE

Zgoda lekarza: Proszę o realizowanie tego planu według pisemnych wytycznych. Ten plan jest ważny w roku szkolnym _____ – _____.

Podpis _____ Data _____

Zgoda rodzica/opiekuna: Wyrażam zgodę, aby pielęgniarka szkolna podawała leki wymienione w tym planie lub aby przeszkolony personel szkolny pomagał mojemu dziecku w ich przyjmowaniu po sprawdzeniu przez pielęgniarkę szkolną. Ten plan zostanie udostępniony personelowi szkolnemu sprawującemu opiekę nad moim dzieckiem.

Podpis _____ Data _____

OPCJONALNE ZEZWOLENIA NA NOSZENIE I SAMODZIELNE STOSOWANIE LEKÓW W SZKOLE

Zezwolenie lekarza na noszenie i samodzielne stosowanie: Poświadczam, że ten uczeń wykazał mi, że może skutecznie samodzielnie zażywać ten lek ratunkowy oraz może mieć przy sobie i samodzielnie stosować ten lek w szkole bez nadzoru personelu szkolnego.

Podpis _____ Data _____

Zgoda rodzica/opiekuna na noszenie i samodzielne stosowanie leku (jeśli zostało zalecone przez lekarza wymienionego powyżej): Wyrażam zgodę na to, aby moje dziecko mogło samodzielnie zażywać ten lek ratunkowy oraz mieć przy sobie i samodzielnie stosować ten lek w szkole bez nadzoru personelu szkolnego.

Podpis _____ Data _____

Plan działania przeciwko astmie

Data ukończenia

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Klasa/Nauczyciel
Lekarz	Telefon służbowy lekarza	Numer dokumentacji medycznej
Rodzic/opiekun	Telefon	Telefon alternatywny
Rodzic / opiekun / zastępca osoby do kontaktu w nagłych wypadkach	Telefon	Telefon alternatywny

ROZPOZNANIE PRZEBIEGU ASTMY

- Epizodyczny Uporczywy [Łagodny Umiarkowany Ostry]

CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE ASTMĘ (Czynniki, które pogarszają stan astmy)

- Dym tytoniowy Przeziębienia Ćwiczenia Zwierzęta Kurz
 Żywność Pogoda Zapachy Pyłki Inne _____

ZIELONA STREFA: RUSZAJ!

Zażywaj **CODZIENNE LEKI KONTROLUJĄCE OBJAWY (ZAPOBIEGAWCZE) CODZIENNIE**

Jeśli spełniasz **WSZYSTKIE** poniższe warunki:



- Oddychanie jest łatwe
- Brak kaszlu lub świszczącego oddechu
- Możesz pracować i bawić się
- Możesz przespać całą noc

- Codzienne leki kontrolujące objawy nie są wymagane
 Codzienne leki kontrolujące objawy: _____

Zażywaj _____ dawek inhalacyjnych lub _____ tabletkę/tabletki/tabletek _____ codziennie.
 W przypadku astmy przy ćwiczeniach DODAJ: _____
_____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych z zachowaniem _____ minut przerwy przed ćwiczeniem

ZAWSZE PRZEPŁUCZ USTA PO UŻYCIU CODZIENNEGO LEKU INHALACYJNEGO

ŻÓŁTA STREFA: OSTROŻNIE!

Kontynuuj zażywanie **CODZIENNYCH LEKÓW KONTROLUJĄCYCH OBJAWY** i **DODAJ leki SZYBKO DZIAŁAJĄCE**

Jeśli występuje u Ciebie **KTÓRYKOLWIEK** z następujących objawów:



- Kaszel lub łagodny świszczący oddech
- Ucisk w klatce piersiowej
- Dusznosci
- Trudności ze snem, pracą lub zabawą

Gdy masz trudności z oddychaniem, zażywaj codziennie lek kontrolujący objawy, jeśli jest to zalecane, i dodaj ten lek przynoszący szybką ulgę:

- lek inhalacyjny _____ w ilości _____ mcg
Zażywaj _____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych co _____ godz. w zależności od potrzeby. Zawsze rób przerwę, niektóre dzieci mogą potrzebować maski.
 nebulizator _____ w ilości _____ mg / _____ ml
Stosuj nebulizator _____ co _____ godz. w zależności od potrzeby.
 Inne _____

Jeśli lek szybko działający **NIE POMAGA** w ciągu _____ minut, zażyj go ponownie i **ZADZWOŃ** do swojego lekarza.

W przypadku stosowania leków szybko działających częściej niż _____ razy w ciągu _____ godzin **ZADZWOŃ** do swojego lekarza.

W PRZYPADKU PRZEBYWANIA W ŻÓLTEJ STREFIE DŁUŻEJ NIŻ 24 GODZINY SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM.

CZERWONA STREFA: ALARM!

Kontynuuj zażywanie **CODZIENNYCH LEKÓW KONTROLUJĄCYCH OBJAWY, LEKÓW SZYBKO DZIAŁAJĄCYCH** i **UZYSKAJ POMOC!**

Jeśli występuje u Ciebie **KTÓRYKOLWIEK** z następujących objawów:



- Bardzo słaby oddech
- Lek nie pomaga
- Oddech jest szybki i ci ki
- Nos rozszerzony, widoczne ebra, nie dasz rady dobrze mówić
- Usta lub paznokcie s szare lub niebieskawe

- _____ inhaler _____ mcg
Zażywaj _____ dawki inhalacyjne / dawek inhalacyjnych co _____ godz. w zależności od potrzeby. Zawsze rób przerwę, niektóre dzieci mogą potrzebować maski.
 nebulizator _____ w ilości _____ mg / _____ ml
Stosuj nebulizator _____ co _____ godz. w zależności od potrzeby.
 Inne _____

PONOWNIE SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM PODCZAS STOSOWANIA LEKÓW SZYBKO DZIAŁAJĄCYCH. Jeśli nie możesz skontaktować się z lekarzem, ZADZWOŃ NA POGOTOWIE POD NUMER 911 LUB UDAJ SIĘ BEZPOŚREDNIO NA ODDZIAŁ RATUNKOWY!

WYMAGANE ZGODY NA STOSOWANIE LEKÓW W SZKOLE

Zgoda lekarza: Proszę o realizowanie tego planu według pisemnych wytycznych. Ten plan jest ważny w roku szkolnym _____ – _____.

Podpis _____ Data _____

Zgoda rodzica/opiekuna: Wyrażam zgodę, aby pielęgniarka szkolna podawała leki wymienione w tym planie lub aby przeszkolony personel szkolny pomagał mojemu dziecku w ich przyjmowaniu po sprawdzeniu przez pielęgniarkę szkolną. Ten plan zostanie udostępniony personelowi szkolnemu sprawującemu opiekę nad moim dzieckiem.

Podpis _____ Data _____

OPCJONALNE ZEZWOLENIA NA NOSZENIE I SAMODZIELNE STOSOWANIE LEKÓW W SZKOLE

Zezwolenie lekarza na noszenie i samodzielne stosowanie: Poświadczam, że ten uczeń wykazał mi, że może skutecznie samodzielnie zażywać ten lek ratunkowy oraz może mieć przy sobie i samodzielnie stosować ten lek w szkole bez nadzoru personelu szkolnego.

Podpis _____ Data _____

Zgoda rodzica/opiekuna na noszenie i samodzielne stosowanie leku (jeśli zostało zalecane przez lekarza wymienionego powyżej): Wyrażam zgodę na to, aby moje dziecko mogło samodzielnie zażywać ten lek ratunkowy oraz mieć przy sobie i samodzielnie stosować ten lek w szkole bez nadzoru personelu szkolnego.

Podpis _____ Data _____