

哮喘护理计划书

当您到医院或诊所就诊时
请务必携带哮喘护理计划书, 哮喘药物及吸入器雾罐

姓名

无哮喘病症状	每天使用预防性药物		
<ul style="list-style-type: none"> 无咳嗽 无哮喘 无呼吸困难, 无胸闷, 无发作的症状 	药物名称	剂量	时间
	1.	___ 剂	每天 ___ 次
	2.	___ 剂	每天 ___ 次
	3.	___ 粒	每天 ___ 次
<ul style="list-style-type: none"> 运动前 或偶尔出现哮喘病症状 	舒缓性药物	只在需要时喷 2 剂	必要时
警惕 - 当出现以下症状时..	根据指示使用 7 到 14 天以下药物. 如果病情改善, 请转入绿色区域		
<ul style="list-style-type: none"> 由于发生哮喘病症状, 而在夜间醒来 一周内, 白天出现哮喘症状多过两次 一周内, 使用舒缓性药物多过两次 哮喘病症状影响了日常活动或运动 	药物名称	剂量	时间
	1.	___ 剂	每天 ___ 次
	2.	___ 剂	每天 ___ 次
	3.	___ 粒	每天 ___ 次
	舒缓性药物	___ 剂, 每 ___ 小时, 每 天 ___ 次	
			1 天内不能超过 12 剂
如果使用 Symbicort (控制)		___ 剂, 每 ___ 小时 每天 ___ 次	成人在1天内不能超过 12 剂
Symbicort (舒缓)		必要时额外喷多 1 剂 任何场合都不应超过 6 剂	儿童在1天内不能超过 6 剂
如果 48 小时内没有改进, 则添加..			
如果没有改进	仅限成人 Tab Prednisolone	每天 ___ mg	服用 ___ 天
	对于儿童 - 不要开始 Tab Prednisolone. 先问医生		
危险区 - 获取帮助...	无需等候, 立即就医		
<ul style="list-style-type: none"> 呼吸急促/困难 说话有困难 有喘息或胸闷 在使用黄色区的药物后没有改善 	药物名称	剂量	时间
	1. 舒缓性药物 4 剂, 间隔 10 至 20 分钟, 直到到达最近的医生诊所或医院		
	2. 立即服用 Tab Prednisolone ___ mg (如果尚未服用)		
如果需要, 请拨打 995 招救护车			

姓名: _____ 电话: _____ 日期 _____

免责声明: 此处包含的所有信息仅供参考, 不能替代治疗哮喘的医疗建议。

如果您有具体问题或医疗护理, 请咨询您的医生。