

WRITTEN ASTHMA ACTION PLAN (WAAP)

Membawa ubat asma, corong dan pelan ini setiap kali berjumpa doktor di klinik ataupun di hospital.

Nama: _____

JIASMA ANDA TERKAWAL

Gunakan spacer dengan ubat penyedut anda jika tersedia

- Memerlukan ubat pelega anda tidak melebihi 3 kali seminggu
- Tidak bangun dengan gejala asma seperti
- nafas berbunyi, batuk dan sesak nafas
- Asma anda tidak menghalang aktiviti anda (termasuk senaman)

Ubat: _____
[nama & kekuatan]

Ambil ____ semburan ____ kali SETIAP HARI

Ubat pelega: _____
[nama & kekuatan]

Ambil ____ semburan ____ kali/sehari, jika perlu melegakan gejala asma seperti nafas berbunyi, batuk dan sesak nafas.

Ubat lain: _____ Ambil ____ semburan/biji ____ kali/sehari
[nama & kekuatan]

Ubat lain: _____ Ambil ____ semburan/biji ____ kali/sehari
[nama & kekuatan]

Sebelum bersenam ambil: _____ Ambil ____ semburan/biji ____ kali/sehari
[nama & kekuatan]

ASMA ANDA SEMAKIN TERUK

Ambil pengubatan berikut untuk 14 hari seterusnya.
Jika mujarab, kembali ke bahagian hijau di atas.

- Memerlukan ubat pelega anda lebih kerap daripada biasa
- Bangun dengan gejala asma seperti nafas
- berbunyi, batuk dan sesak nafas
- Tidak boleh melakukan aktiviti biasa
- (termasuk senaman) kerana asma anda

Ubat: _____

Ambil ____ semburan ____ kali SETIAP HARI

Ubat pelega: _____

Ambil ____ semburan ____ kali/sehari, jika perlu melegakan gejala asma seperti nafas berbunyi, batuk dan sesak nafas.

Ubat lain: _____ Ambil ____ semburan/biji ____ kali/sehari
[nama & kekuatan]

GEJALA ASMA ANDA PARAH

Gunakan spacer dengan ubat penyedut anda jika tersedia

- Memerlukan ubat pelega anda sekali lagi lebih kerap daripada setiap 3-4 jam
- Pernafasan anda sukar
- Anda sering bangun dengan gejala asma
- seperti nafas berbunyi, batuk dan sesak nafas

Ubat pelega: _____
[nama & kekuatan]

Ambil ____ semburan _____
[berapa kerap]

Prednisolone: _____
[nama & kekuatan]

Ambil ____ tablet _____
[berapa kerap]

Terus Hubungi doktor anda harini atau telefon 995 untuk pihak ambulans jika perlu.

Komen tambahan: _____

Nama dan Tandatangan Pembekal Penjagaan Kesihatan: _____

Tarikh: _____