

Kế Hoạch Trị Bệnh Suyễn cho Người Lớn tại Massachusetts

Tên: _____

Ngày sanh: _____

Địa ứng với thuốc: _____

Liên lạc khẩn cấp: _____ Điện thoại: _____

Bác sĩ/y tá: _____ Điện thoại: _____

Cần chích ngừa cúm

Lượng khí thở ra cao điểm nhất của quý vị: _____

Tránh những thứ làm cho bệnh suyễn của quý vị trầm trọng hơn: _____

Ngày: _____

Kỳ hẹn tới: _____

Người chuẩn bị giấy tờ: _____

Đem kế hoạch này theo mỗi khi đi khám

vùng màu **xanh lá cây-tốt**

Dùng những loại thuốc này để kiểm soát bệnh suyễn của quý vị

Tên thuốc _____ Liều lượng _____ Khi nào _____

- Hơi thở tốt
- Không ho hay thở khô khè
- Ngủ qua đêm
- Có thể làm các hoạt động hàng ngày
- Đây là tình trạng mà quý vị nên cảm thấy hàng ngày



Lượng khí thở ra cao nhất (100%-80%) từ _____ đến _____

vùng màu **vàng-chú ý**

Dùng những loại thuốc này để kiểm soát bệnh suyễn của quý vị

Tên thuốc _____ Liều lượng _____ Khi nào _____ Bao lâu _____

- Ho
- Thờ khô khè nhẹ
- Ngực bị thắt
- Thờ khó
- Thức giấc ban đêm
- Các dấu hiệu đầu tiên của bệnh cảm



Lượng khí thở ra cao nhất (80%-50%) từ _____ đến _____

- Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát “vùng màu **xanh**”
- Dùng ống tiếp nối với _____

Nếu triệu chứng không thuyên giảm trong vòng _____ tiếng đồng hồ, gọi bác sĩ/y tá. Cho bác sĩ/y tá biết là quý vị vẫn còn ở trong vùng màu vàng. Thuốc dùng cho vùng màu xanh lá cây có thể được thay đổi để tránh đợt bộc phát tiếp.

vùng màu **đỏ-nguy hiểm**

Có hành động ngay tức khắc

Dùng các thuốc này ngay VÀ sau đó gọi ngay đến bác sĩ/y tá của quý vị!

Tên thuốc _____ Liều lượng _____ Bao lâu _____

- Thờ khó & nhanh
- Đi và nói chuyện khó khăn
- Cố gắng để thở



Lượng khí thở ra cao nhất (ít hơn 50%) _____

DẤU HIỆU NGUY HIỂM- Gọi 911 hay đến phòng khẩn cấp gần nhất nếu:

- Môi hay móng tay bị xanh
- Quý vị đang cố gắng để tìm hơi thở
- Không thấy khỏe hơn sau 15 phút dùng thuốc của vùng màu **đỏ** và không thể liên lạc được với bác sĩ/y tá của quý vị

Liên lạc đến bác sĩ/y tá của quý vị trong vòng 2 ngày sau khi đến phòng khẩn cấp hay nhập viện.

Make copies of this plan for: patient and provider.