

# Мой план лечения



Имя: \_\_\_\_\_



## Мои лекарства на каждый день:

- Мой ингалятор называется: \_\_\_\_\_
- Я делаю \_\_\_\_\_ вдох(а) утром и \_\_\_\_\_ вдох(а) вечером каждый день, даже когда я отлично себя чувствую
- Другие препараты для ежедневного приема: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Мой лучший показатель скорости выдоха: \_\_\_\_\_ л/с



## Мне нужна помощь врача, если

- Приступы повторяются более двух раз в неделю
- Я просыпаюсь из-за симптомов астмы более двух раз за месяц
- Мне приходится делать более 4 вдохов \_\_\_\_\_ в день
- Мне стало тяжело заниматься физкультурой или играть
- Моя пиковая скорость выдоха менее \_\_\_\_\_ л/с



## Что я делаю в случае приступа:

- У меня начинается приступ, если: я дышу чаще и тяжелее, появляется кашель и свистящие звуки, мне тяжело говорить или заниматься своими обычными делами  
В этом случае:
- Я делаю \_\_\_\_\_ вдох(а)  
\_\_\_\_\_ через спейсер каждые 20 минут в течение часа
- и/или делаю ингаляцию через небулайзер: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Если **НЕ** становится лучше



**Необходима скорая медицинская помощь**

Позвонить:

**103 или 112**



**Мне следует избегать:**

*-табачный дым*

---



---



---



---



---



---



---



**Если из-за астмы мне тяжело заниматься спортом:**

Я делаю \_\_\_\_\_вдох(а)

---



---

перед тренировкой

Я получил свой план лечения

\_\_\_\_\_ (дата)

В следующий раз я пойду к своему врачу через \_\_\_\_\_

или как только почувствую себя хуже



**Моим родителям:**

Вы можете обратиться за консультацией вашего врача:

---



---



---



---



---