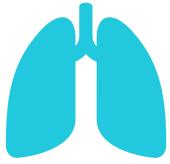


Мой план лечения



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:
