

哮喘行动计划

完成日期

姓名	出生日期	年级/教师
医疗保健提供者	医疗保健提供者的办公电话	医疗记录编号
家长/监护人	电话号码	备用电话号码
家长/监护人/备用紧急联络人	电话号码	备用电话号码

哮喘严重程度的诊断结果

间歇发作 持续发作 [轻度 中度 重度]

哮喘发作诱因 (导致哮喘变严重的事物)

烟雾 感冒 锻炼 动物 灰尘 食物
 天气 气味 花粉 其他 _____

绿色区域：情况良好！

每日使用此类日常控制 (预防) 药物

您满足以下所有情况：

- 能轻松呼吸
- 不咳嗽或气喘
- 能工作和玩耍
- 能整夜安睡



无需使用日常控制药物

日常控制药物：_____

每日 _____ 喷或服用 _____ 片。

对于锻炼引发的哮喘，增加：_____，
锻炼前 _____ 分钟 _____ 喷 (使用垫片)

使用完每日吸入药物后，请记得清洗口腔。

黄色区域：情况危险！

继续使用日常控制药物并增加快速缓解药物

您出现以下任一情况：

- 咳嗽或轻度气喘
- 胸闷
- 呼吸急促
- 有睡眠障碍，难以工作或玩耍



按要求使用日常控制药物，并在出现呼吸困难时增加快速缓解药物：

_____ 吸入器 _____ mcg
如有需要，每 _____ 小时 _____ 喷。请记得使用垫片，部分儿童可能需要佩戴口罩。

_____ 雾化器 _____ mg / _____ ml
如有需要，每 _____ 小时进行一次 _____ 雾化器治疗。

其他 _____

如果快速缓解药物在 _____ 分钟内仍未起效，请再次使用该药物，并致电您的医疗保健提供者。

如果 _____ 小时内使用快速缓解药物超过 _____ 次，请致电您的医疗保健提供者

如果在黄色区域超过 24 小时，请致电医疗保健提供者。

红色区域：情况紧急！

继续使用日常控制药物和快速缓解药物，并且寻求帮助！

您出现以下任一情况：

- 呼吸急促
- 药物对您无效
- 呼吸速度快、强度高
- 鼻孔外张、肋骨显现、无法正常说话
- 嘴唇或指甲呈灰色或淡蓝色



_____ 吸入器 _____ mcg
如有需要，每 _____ 小时 _____ 喷。请记得使用垫片，部分儿童可能需要佩戴口罩。

_____ 雾化器 _____ mg / _____ ml
如有需要，每 _____ 小时进行一次 _____ 雾化器治疗。

其他 _____

使用快速缓解药物的同时，请致电医疗保健提供者。如果无法与医疗保健提供者取得联系，请致电 911 呼叫救护车或直接前往急诊科！

必填许可 (针对所有在校使用的药物)

医疗保健提供者许可：本人要求按如下所述执行此计划。此计划于学年 _____ - _____ 期间有效。

签名 _____ 日期 _____

家长/监护人许可：本人同意校方护士采用此计划所列药物，并且同意受过培训的校方人员在该护士审查后协助本人子女服用该药物。本人将与为本人子女提供护理的校方人员共享此计划。

签名 _____ 日期 _____

选填许可 (针对在校独自保管并使用药物)

医疗保健提供者针对独自保管并使用药物的许可：本人证实此学生已向本人证明其可以有效地自我管理此救援药物，并且可以在学校独自保管并使用此药物，无需校方人员监督。

签名 _____ 日期 _____

家长/监护人针对独自保管并使用药物的许可 (如果上述提供者有此要求)：本人同意本人子女可以有效地自我管理此救援药物，并且可以在学校独自保管并使用此药物，无需校方人员监督。

签名 _____ 日期 _____

哮喘行动计划

完成日期

姓名	出生日期	年级/教师
医疗保健提供者	医疗保健提供者的办公电话	医疗记录编号
家长/监护人	电话号码	备用电话号码
家长/监护人/备用紧急联络人	电话号码	备用电话号码

哮喘严重程度的诊断结果

间歇发作 持续发作 [轻度 中度 重度]

哮喘发作诱因 (导致哮喘变严重的事物)

烟雾 感冒 锻炼 动物 灰尘 食物
 天气 气味 花粉 其他 _____

绿色区域：情况良好!

每日使用此类日常控制 (预防) 药物

您满足以下所有情况：

- 能轻松呼吸
- 不咳嗽或气喘
- 能工作和玩耍
- 能整夜安睡



无需使用日常控制药物

日常控制药物：_____

每日 _____ 喷或服用 _____ 片。

对于锻炼引发的哮喘，增加：_____
锻炼前 _____ 分钟 _____ 喷 (使用垫片)

使用完每日吸入药物后，请记得清洗口腔。

黄色区域：情况危险!

继续使用日常控制药物并增加快速缓解药物

您出现以下任一情况：

- 咳嗽或轻度气喘
- 胸闷
- 呼吸急促
- 有睡眠障碍，难以工作或玩耍



按要求使用日常控制药物，并在出现呼吸困难时增加快速缓解药物：

_____ 吸入器 _____ mcg
如有需要，每 _____ 小时 _____ 喷。 请记得使用垫片，部分儿童可能需要佩戴口罩。

_____ 雾化器 _____ mg / _____ ml
如有需要，每 _____ 小时进行一次 _____ 雾化器治疗。

其他 _____

如果快速缓解药物在 _____ 分钟内仍未起效，请再次使用该药物，并致电您的医疗保健提供者。

如果 _____ 小时内使用快速缓解药物超过 _____ 次，请致电您的医疗保健提供者

如果在黄色区域超过 24 小时，请致电医疗保健提供者。

红色区域：情况紧急!

继续使用日常控制药物和快速缓解药物，并且寻求帮助!

您出现以下任一情况：

- 呼吸急促
- 药物对您无效
- 呼吸速度快、强度高
- 鼻孔外张、肋骨显现、无法正常说话
- 嘴唇或指甲呈灰色或淡蓝色



_____ 吸入器 _____ mcg
如有需要，每 _____ 小时 _____ 喷。 请记得使用垫片，部分儿童可能需要佩戴口罩。

_____ 雾化器 _____ mg / _____ ml
如有需要，每 _____ 小时进行一次 _____ 雾化器治疗。

其他 _____

使用快速缓解药物的同时，请致电医疗保健提供者。如果无法与医疗保健提供者取得联系，请致电 911 呼叫救护车或直接前往急诊科!

必填许可 (针对所有在校使用的药物)

医疗保健提供者许可：本人要求按如下所述执行此计划。此计划于学年 _____ - _____ 期间有效。

签名 _____ 日期 _____

家长/监护人许可：本人同意校方护士采用此计划所列药物，并且同意受过培训的校方人员在该护士审查后协助本人子女服用该药物。本人将与为本人子女提供护理的校方人员共享此计划。

签名 _____ 日期 _____

选填许可 (针对在校独自保管并使用药物)

医疗保健提供者针对独自保管并使用药物的许可：本人证实此学生已向本人证明其可以有效地自我管理此救援药物，并且可以在学校独自保管并使用此药物，无需校方人员监督。

签名 _____ 日期 _____

家长/监护人针对独自保管并使用药物的许可 (如果上述提供者有此要求)：本人同意本人子女可以有效地自我管理此救援药物，并且可以在学校独自保管并使用此药物，无需校方人员监督。

签名 _____ 日期 _____

哮喘行动计划

完成日期

姓名	出生日期	年级/教师
医疗保健提供者	医疗保健提供者的办公电话	医疗记录编号
家长/监护人	电话号码	备用电话号码
家长/监护人/备用紧急联络人	电话号码	备用电话号码

哮喘严重程度的诊断结果

间歇发作 持续发作 [轻度 中度 重度]

哮喘发作诱因 (导致哮喘变严重的事物)

烟雾 感冒 锻炼 动物 灰尘 食物
 天气 气味 花粉 其他 _____

绿色区域：情况良好!

每日使用此类日常控制 (预防) 药物

您满足以下所有情况:



- 能轻松呼吸
- 不咳嗽或气喘
- 能工作和玩耍
- 能整夜安睡

无需使用日常控制药物

日常控制药物: _____

 每日 _____ 喷或服用 _____ 片。

对于锻炼引发的哮喘, 增加: _____,
 锻炼前 _____ 分钟 _____ 喷 (使用垫片)

使用完每日吸入药物后, 请记得清洗口腔。

黄色区域：情况危险!

继续使用日常控制药物并增加快速缓解药物

您出现以下任一情况:



- 咳嗽或轻度气喘
- 胸闷
- 呼吸急促
- 有睡眠障碍, 难以工作或玩耍

按要求使用日常控制药物, 并在出现呼吸困难时增加快速缓解药物:

_____ 吸入器 _____ mcg
如有需要, 每 _____ 小时 _____ 喷。 请记得使用垫片, 部分儿童可能需要佩戴口罩。

_____ 雾化器 _____ mg / _____ ml
如有需要, 每 _____ 小时进行一次 _____ 雾化器治疗。

其他 _____

如果快速缓解药物在 _____ 分钟内仍未起效, 请再次使用该药物, 并致电您的医疗保健提供者。

如果 _____ 小时内使用快速缓解药物超过 _____ 次, 请致电您的医疗保健提供者

如果在黄色区域超过 24 小时, 请致电医疗保健提供者。

红色区域：情况紧急!

继续使用日常控制药物和快速缓解药物, 并且寻求帮助!

您出现以下任一情况:



- 呼吸急促
- 药物对您无效
- 呼吸速度快、强度高
- 鼻孔外张、肋骨显现、无法正常说话
- 嘴唇或指甲呈灰色或淡蓝色

_____ 吸入器 _____ mcg
如有需要, 每 _____ 小时 _____ 喷。 请记得使用垫片, 部分儿童可能需要佩戴面罩。

_____ 雾化器 _____ mg / _____ ml
如有需要, 每 _____ 小时进行一次 _____ 雾化器治疗。

其他 _____

使用快速缓解药物的同时, 请致电医疗保健提供者。如果无法与医疗保健提供者取得联系, 请致电 911 呼叫救护车或直接前往急诊科!

必填许可 (针对所有在校使用的药物)

医疗保健提供者许可: 本人要求按如下所述执行此计划。此计划于学年 _____ - _____ 期间有效。

签名 _____ 日期 _____

家长/监护人许可: 本人同意校方护士采用此计划所列药物, 并且同意受过培训的校方人员在该护士审查后协助本人子女服用该药物。本人将与为本人子女提供护理的校方人员共享此计划。

签名 _____ 日期 _____

选填许可 (针对在校独自保管并使用药物)

医疗保健提供者针对独自保管并使用药物的许可: 本人证实此学生已向本人证明其可以有效地自我管理此救援药物, 并且可以在学校独自保管并使用此药物, 无需校方人员监督。

签名 _____ 日期 _____

家长/监护人针对独自保管并使用药物的许可 (如果上述提供者有此要求): 本人同意本人子女可以有效地自我管理此救援药物, 并且可以在学校独自保管并使用此药物, 无需校方人员监督。

签名 _____ 日期 _____