

دمہ کا ایکشن پلان

تکمیل کی تاریخ

نام	تاریخ پیدائش	گریڈ / ایچر
نگہداشت صحت فراہم کنندہ	نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے دفتر کا فون	میڈیکل کلیم نمبر
والدین / سرپرست	فون	متبادل فون
والدین / سرپرست / متبادل ہنگامی رابطہ	فون	متبادل فون

□ وقفے وقفے سے □ مستقل □ ہلکا □ معتدل □ شدید □
 □ سگریٹ نوشی □ سردی □ ورزش □ حیوانات □ گرد و غبار □ غذا
 □ خراب موسم □ بدبو □ پولن □ دیگر □

یہ ڈیلی کنٹرولر دوائیں (احتیاطی) دوائیں ہر روز لیں

گرین زون: جائیں!

□ ڈیلی کنٹرولر دواؤں کی کوئی ضرورت نہیں ہے
 □ ڈیلی کنٹرولر دوا (دوائیں) □
 □ روزانہ _____ پف (پفس) یا _____ ٹیبلیٹ (ٹیبلٹس) لیں۔
 □ ورزش کے ساتھ دمہ کے لیے، شامل کریں □
 □ پف اسپیسر کے ساتھ ورزش سے _____ منٹس پہلے
 □ اپنی روزانہ کی سانس کی دوائی استعمال کرنے کے بعد ہمیشہ کلی کریں۔



آپ میں یہ سبھی ہیں:
 • سانس لینا آسان ہے
 • کسی قسم کی کھانسی یا
 • گھر گھراہٹ نہیں ہے
 • کام کر سکتے ہیں اور کھیل سکتے ہیں
 • پوری رات سو سکتے ہیں

ڈیلی کنٹرولر دوائیں جاری رکھیں اور فوری ریلیف والی دوائیں شامل کریں

ییلو زون: احتیاط!

□ اگر آپ کو حکم دیا جائے تو ڈیلی کنٹرولر دوا لیں اور جب آپ کو سانس لینے میں دشواری ہو تو یہ فوری ریلیف والی دوا
 شامل کریں □
 □ _____ انہیلر _____ mcg اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے
 بعد _____ پف لیں۔ ہمیشہ اسپیسر استعمال کریں، کچھ بچوں کو ماسک کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
 □ _____ نیبولائزر □
 □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ نیبولائزر سے علاج کریں۔
 □ دیگر □
 □ _____ منٹ کے اندر فائدہ نہیں ہوتا ہے، تو اسے دوبارہ لیں اور اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کریں اگر فوری
 ریلیف والی دوا گھنٹے میں سے زیادہ بار استعمال کرتے ہیں، تو اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال
 کریں اگر ییلو زون میں 24 گھنٹے سے زیادہ ہو تو، نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کریں۔



آپ کو ان میں سے کچھ ہے:
 • کھانسی یا ہلکی گھر گھراہٹ
 • سینے میں اینٹھن
 • سانس پھولنا
 • سونے، کام کرنے یا کھیلنے میں
 دشواری

ڈیلی کنٹرولر دوائیں اور فوری ریلیف والی دوائیں جاری رکھیں اور مدد حاصل کریں!

ریڈ زون: ایمرجنسی!

□ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ پف لیں۔ ہمیشہ اسپیسر استعمال کریں، کچھ بچوں کو ماسک کی
 ضرورت پڑ سکتی ہے۔
 □ _____ نیبولائزر □
 □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ نیبولائزر سے علاج کریں۔
 □ دیگر □
 □ فوری ریلیف والی دوا دیتے وقت نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو دوبارہ کال کریں۔ اگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ سے
 رابطہ کرنا ممکن نہ ہو تو، ایمرجنسی کے لیے 911 پر کال کریں یا براہ راست ایمرجنسی ڈپارٹمنٹ میں جائیں!



آپ کو ان میں سے کچھ ہے:
 • سانس بہت پھول رہی ہو
 • دوا کام نہیں کر رہی ہو
 • سانس تیز چل رہی ہو اور مشکل ہو رہی ہو
 • ناک کھلی ہوئی ہو، پسلیاں نظر آرہی ہوں،
 اچھی طرح بات نہیں کر سکتے ہوں
 • ہونٹ یا ناخن خاکستری یا نیلے رنگ کے ہو
 رہے ہوں

اسکول میں تمام ادویات کے استعمال کے لیے مطلوبہ اجازتیں

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے اجازت: میری گزارش ہے کہ اس منصوبے کو تحریری طور پر آگے بڑھایا جائے۔ یہ منصوبہ تعلیمی سال _____ کے لیے درست ہے۔
 دستخط _____
 والدین/سرپرست کی اجازت: میں اسکول کی نرس کو اس منصوبے میں درج شدہ دوائیں دینے کے لیے اسکول کی نرس کے جائزہ کے بعد اپنے بچے کی مدد کرنے کے لیے اسکول کے تربیت یافتہ عملہ کو اپنی
 رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔ یہ منصوبہ اسکول کے اس عملہ کے ساتھ شیئر کیا جائے گا جو میرے بچے کی دیکھ بھال کرتے ہیں۔
 دستخط _____

اختیاری اسکول میں آزادانہ ادویات لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو آزادانہ طور پر لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت: میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس طالب علم نے مجھ پر یہ ظاہر کیا ہے کہ وہ جان بچانے والی اس دوائی
 کو مؤثر طریقے سے خود سے استعمال کر سکتے ہیں اور اسکول کے عملہ کی نگرانی کے بغیر اس دوا کو اسکول لے جا سکتے ہیں اور استعمال کر سکتے ہیں۔
 دستخط _____
 والدین/سرپرست کو آزادانہ طور پر لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت ہے (اگر اوپر فراہم کنندہ کے ذریعہ حکم دیا گیا ہے): میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میرا بچہ جان بچانے والی اس دوائی کو
 مؤثر طریقے سے خود سے استعمال کر سکتا ہے اور اس دوا کو اسکول کے عملہ کی نگرانی کے بغیر اسکول میں لے جا سکتا ہے اور استعمال کر سکتا ہے۔
 دستخط _____

دمہ کا ایکشن پلان

تکمیل کی تاریخ

نام	تاریخ پیدائش	گریڈ / ایچر
نگہداشت صحت فراہم کنندہ	نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے دفتر کا فون	میڈیکل کلیم نمبر
والدین / سرپرست	فون	متبادل فون
والدین / سرپرست / متبادل ہنگامی رابطہ	فون	متبادل فون

□ وقفے وقفے سے □ مستقل □ ہلکا □ معتدل □ شدید □
 □ سگریٹ نوشی □ سردی □ ورزش □ حیوانات □ گرد و غبار □ غذا
 □ خراب موسم □ بدبو □ پولن □ دیگر □

یہ ڈیلی کنٹرولر دوائیں (احتیاطی) دوائیں ہر روز لیں

گرین زون: جائیں!

□ ڈیلی کنٹرولر دواؤں کی کوئی ضرورت نہیں ہے
 □ ڈیلی کنٹرولر دوا (دوائیں) □
 □ روزانہ _____ پف (پفس) یا _____ ٹیبلیٹ (ٹیبلٹس) لیں۔
 □ ورزش کے ساتھ دمہ کے لیے، شامل کریں □
 □ پف اسپیسر کے ساتھ ورزش سے _____ منٹس پہلے
 □ اپنی روزانہ کی سانس کی دوائی استعمال کرنے کے بعد ہمیشہ کلی کریں۔



آپ میں یہ سبھی ہیں:
 • سانس لینا آسان ہے
 • کسی قسم کی کھانسی یا
 • گھر گھراہٹ نہیں ہے
 • کام کر سکتے ہیں اور کھیل سکتے ہیں
 • پوری رات سو سکتے ہیں

ڈیلی کنٹرولر دوائیں جاری رکھیں اور فوری ریلیف والی دوائیں شامل کریں

ییلو زون: احتیاط!

□ اگر آپ کو حکم دیا جائے تو ڈیلی کنٹرولر دوا لیں اور جب آپ کو سانس لینے میں دشواری ہو تو یہ فوری ریلیف والی دوا
 شامل کریں □
 □ انہیلر _____ mg □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے
 بعد _____ پف لیں۔ ہمیشہ اسپیسر استعمال کریں، کچھ بچوں کو ماسک کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
 □ نیبولائزر _____ □
 □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ نیبولائزر سے علاج کریں۔
 □ دیگر _____ □
 □ سے _____ منٹ کے اندر فائدہ نہیں ہوتا ہے، تو اسے دوبارہ لیں اور اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کریں اگر فوری
 ریلیف والی دوا گھنٹے میں _____ سے زیادہ بار استعمال کرتے ہیں، تو اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال
 کریں اگر ییلو زون میں 24 گھنٹے سے زیادہ ہو تو، نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کریں۔



آپ کو ان میں سے کچھ ہے:
 • کھانسی یا ہلکی گھر گھراہٹ
 • سینے میں اینٹھن
 • سانس پھولنا
 • سونے، کام کرنے یا کھیلنے میں
 دشواری

ڈیلی کنٹرولر دوائیں اور فوری ریلیف والی دوائیں جاری رکھیں اور مدد حاصل کریں!

ریڈ زون: ایمرجنسی!

□ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ پف لیں۔ ہمیشہ اسپیسر استعمال کریں، کچھ بچوں کو ماسک کی
 ضرورت پڑ سکتی ہے۔
 □ نیبولائزر _____ □
 □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ نیبولائزر سے علاج کریں۔
 □ دیگر _____ □
 □ فوری ریلیف والی دوا دیتے وقت نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو دوبارہ کال کریں۔ اگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ سے
 رابطہ کرنا ممکن نہ ہو تو، ایمرجنسی کے لیے 911 پر کال کریں یا براہ راست ایمرجنسی ڈپارٹمنٹ میں جائیں!



آپ کو ان میں سے کچھ ہے:
 • سانس بہت پھول رہی ہو
 • دوا کام نہیں کر رہی ہو
 • سانس تیز چل رہی ہو اور مشکل ہو رہی ہو
 • ناک کھلی ہوئی ہو، پسلیاں نظر آرہی ہوں،
 اچھی طرح بات نہیں کر سکتے ہوں
 • ہونٹ یا ناخن خاکستری یا نیلے رنگ کے ہو
 رہے ہوں

اسکول میں تمام ادویات کے استعمال کے لیے مطلوبہ اجازتیں

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے اجازت: میری گزارش ہے کہ اس منصوبے کو تحریری طور پر آگے بڑھایا جائے۔ یہ منصوبہ تعلیمی سال _____ کے لیے درست ہے۔
 دستخط _____

والدین/سرپرست کی اجازت: میں اسکول کی نرس کو اس منصوبے میں درج شدہ دوائیں دینے کے لیے یا اسکول کی نرس کے جائزہ کے بعد اپنے بچے کی مدد کرنے کے لیے اسکول کے تربیت یافتہ عملہ کو اپنی
 رضامندی دینا/دیتی ہوں۔ یہ منصوبہ اسکول کے اس عملہ کے ساتھ شیئر کیا جائے گا جو میرے بچے کی دیکھ بھال کرتے ہیں۔
 دستخط _____

اختیاری اسکول میں آزادانہ ادویات لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو آزادانہ طور پر لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت: میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس طالب علم نے مجھ پر یہ ظاہر کیا ہے کہ وہ جان بچانے والی اس دوائی
 کو مؤثر طریقے سے خود سے استعمال کر سکتے ہیں اور اسکول کے عملہ کی نگرانی کے بغیر اس دوا کو اسکول لے جا سکتے ہیں اور استعمال کر سکتے ہیں۔
 دستخط _____

والدین/سرپرست کو آزادانہ طور پر لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت ہے (اگر اوپر فراہم کنندہ کے ذریعہ حکم دیا گیا ہے): میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میرا بچہ جان بچانے والی اس دوائی کو
 مؤثر طریقے سے خود سے استعمال کر سکتا ہے اور اس دوا کو اسکول کے عملہ کی نگرانی کے بغیر اسکول میں لے جا سکتا ہے اور استعمال کر سکتا ہے۔
 دستخط _____

دمہ کا ایکشن پلان

تکمیل کی تاریخ

نام	تاریخ پیدائش	گریڈ/ٹیچر
نگہداشت صحت فراہم کنندہ	نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے دفتر کا فون	میڈیکل کلیم نمبر
والدین/سرپرست	فون	متبادل فون
والدین/سرپرست/متبادل ہنگامی رابطہ	فون	متبادل فون

□ وقفے وقفے سے □ مستقل □ ہلکا □ معتدل □ شدید □
 □ سگریٹ نوشی □ سردی □ ورزش □ حیوانات □ گرد و غبار □ غذا
 □ خراب موسم □ بدبو □ پولن □ دیگر □

یہ ڈیلی کنٹرولر دوائیں (احتیاطی) دوائیں ہر روز لیں

گرین زون: جائیں!

□ ڈیلی کنٹرولر دواؤں کی کوئی ضرورت نہیں ہے
 □ ڈیلی کنٹرولر دوا (دوائیں) □
 □ روزانہ _____ پف (پفس) یا _____ ٹیبلیٹ (ٹیبلٹس) لیں۔
 □ ورزش کے ساتھ دمہ کے لیے، شامل کریں □
 □ پف اسپیسر کے ساتھ ورزش سے _____ منٹس پہلے
 □ اپنی روزانہ کی سانس کی دوائی استعمال کرنے کے بعد ہمیشہ کلی کریں۔



آپ میں یہ سبھی ہیں:
 • سانس لینا آسان ہے
 • کسی قسم کی کھانسی یا
 • گھر گھراہٹ نہیں ہے
 • کام کر سکتے ہیں اور کھیل سکتے ہیں
 • پوری رات سو سکتے ہیں

ڈیلی کنٹرولر دوائیں جاری رکھیں اور فوری ریلیف والی دوائیں شامل کریں

ییلو زون: احتیاط!

□ اگر آپ کو حکم دیا جائے تو ڈیلی کنٹرولر دوا لیں اور جب آپ کو سانس لینے میں دشواری ہو تو یہ فوری ریلیف والی دوا
 شامل کریں □
 □ انہیلر _____ mg □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے
 بعد _____ پف لیں۔ ہمیشہ اسپیسر استعمال کریں، کچھ بچوں کو ماسک کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
 □ نیبولائزر _____ □
 □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ نیبولائزر سے علاج کریں۔
 □ دیگر _____ □
 □ سے _____ منٹ کے اندر فائدہ نہیں ہوتا ہے، تو اسے دوبارہ لیں اور اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کریں اگر فوری
 ریلیف والی دوا گھنٹے میں _____ سے زیادہ بار استعمال کرتے ہیں، تو اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال
 کریں اگر ییلو زون میں 24 گھنٹے سے زیادہ ہو تو، نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کریں۔



آپ کو ان میں سے کچھ ہے:
 • کھانسی یا ہلکی گھر گھراہٹ
 • سینے میں اینٹھن
 • سانس پھولنا
 • سونے، کام کرنے یا کھیلنے میں
 دشواری

ڈیلی کنٹرولر دوائیں اور فوری ریلیف والی دوائیں جاری رکھیں اور مدد حاصل کریں!

ریڈ زون: ایمرجنسی!

□ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ پف لیں۔ ہمیشہ اسپیسر استعمال کریں، کچھ بچوں کو ماسک کی
 ضرورت پڑ سکتی ہے۔
 □ نیبولائزر _____ □
 □ اگر ضرورت ہو تو ہر _____ گھنٹے بعد _____ نیبولائزر سے علاج کریں۔
 □ دیگر _____ □
 □ فوری ریلیف والی دوا دیتے وقت نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو دوبارہ کال کریں۔ اگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ سے
 رابطہ کرنا ممکن نہ ہو تو، ایمرجنسی کے لیے 911 پر کال کریں یا براہ راست ایمرجنسی ڈپارٹمنٹ میں جائیں!



آپ کو ان میں سے کچھ ہے:
 • سانس بہت پھول رہی ہو
 • دوا کام نہیں کر رہی ہو
 • سانس تیز چل رہی ہو اور مشکل ہو رہی ہو
 • ناک کھلی ہوئی ہو، پسلیاں نظر آرہی ہوں،
 اچھی طرح بات نہیں کر سکتے ہوں
 • ہونٹ یا ناخن خاکستری یا نیلے رنگ کے ہو
 رہے ہوں

اسکول میں تمام ادویات کے استعمال کے لیے مطلوبہ اجازتیں

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے اجازت: میری گزارش ہے کہ اس منصوبے کو تحریری طور پر آگے بڑھایا جائے۔ یہ منصوبہ تعلیمی سال _____ کے لیے درست ہے۔
 دستخط _____

والدین/سرپرست کی اجازت: میں اسکول کی نرس کو اس منصوبے میں درج شدہ دوائیں دینے کے لیے یا اسکول کی نرس کے جائزہ کے بعد اپنے بچے کی مدد کرنے کے لیے اسکول کے تربیت یافتہ عملہ کو اپنی
 رضامندی دینا/دیتی ہوں۔ یہ منصوبہ اسکول کے اس عملہ کے ساتھ شیئر کیا جائے گا جو میرے بچے کی دیکھ بھال کرتے ہیں۔
 دستخط _____

اختیاری اسکول میں آزادانہ ادویات لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو آزادانہ طور پر لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت: میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس طالب علم نے مجھ پر یہ ظاہر کیا ہے کہ وہ جان بچانے والی اس دوائی
 کو مؤثر طریقے سے خود سے استعمال کر سکتے ہیں اور اسکول کے عملہ کی نگرانی کے بغیر اس دوا کو اسکول لے جا سکتے ہیں اور استعمال کر سکتے ہیں۔
 دستخط _____

والدین/سرپرست کو آزادانہ طور پر لے جانے اور استعمال کرنے کی اجازت ہے (اگر اوپر فراہم کنندہ کے ذریعہ حکم دیا گیا ہے): میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میرا بچہ جان بچانے والی اس دوائی کو
 مؤثر طریقے سے خود سے استعمال کر سکتا ہے اور اس دوا کو اسکول کے عملہ کی نگرانی کے بغیر اسکول میں لے جا سکتا ہے اور استعمال کر سکتا ہے۔
 دستخط _____