

# 科罗拉多州学校和儿童照护场所的哮喘护理计划和药物指令\*

## 家长/监护人填写、签名日期：

学生姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

学校：\_\_\_\_\_ 年级：\_\_\_\_\_

家长/监护人姓名：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

本人批准这个照护计划，并允许学校人员分享这些信息，执行这个计划，管理本人的孩子/青少年的药物和护理；并在必要情况下联系我们的卫生保健提供者。本人负责为学校/计划提供规定的、未过期的药品和用品（如垫片），并遵守委员会的各项政策（如适用）。本人知悉，**如果学校没有急救吸入器**，且本人的孩子/青少年出现各种症状，学校可以拨打 911 急救电话。

家长/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 医疗保健提供者填写所有项目，然后签字并署明日期：

快速缓解药物： Albuterol (沙丁胺醇)  其他：\_\_\_\_\_

常见副作用： 心率、震颤  配合吸入器 (MDI) 和隔离器使用

在家使用的控制药物：\_\_\_\_\_

诱因： 天气  疾病  运动  烟雾  粉尘  花粉  空气质量差  其他：\_\_\_\_\_

危及生命的过敏症状，请说明：\_\_\_\_\_

快速缓解吸入器给药：辅助或自备。

学生使用吸入器时需要监督或协助。学生不得自备吸入器。

学生了解哮喘药物的正确使用；我认为在得到学校护士同意并签署合同的情况下，学生可以**自备吸入器**并在学校独立使用。

### 如果您看到这种情况：

### 请采取以下行动：

绿色区域： 没有症状的预处理	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 目前没有症状</li> <li>• 已计划的剧烈活动</li> </ul>	<p>剧烈活动前的预处理，请选择一项：</p> <p><input type="checkbox"/> 不需要 <b>或者</b> <input type="checkbox"/> 学生/家长请求 <b>或者</b> <input type="checkbox"/> 日常</p> <p>在<b>活动前10-15分钟</b>给予<b>快速缓解药物</b>：<input type="checkbox"/> 2 喷 <input type="checkbox"/> 4 喷，每 4 小时重复因此，如果额外的体育活动需要的话。</p> <p style="text-align: center;"><i>如果孩子当前正出现相关症状，请按“黄色区域”或“红色区域”操作。</i></p>
黄色区域： 轻微症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 呼吸困难</li> <li>• 喘息</li> <li>• 频繁咳嗽</li> <li>• 胸闷欲呕</li> <li>• 无法进行活动</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 给予<b>快速缓解药物</b>：<input type="checkbox"/> 2 喷 <input type="checkbox"/> 4 喷</li> <li>2. 陪伴着该儿童/青少年，并让其保持坐姿。</li> <li>3. 如果在 15 分钟内没有改善，请重复给予快速缓解药物：<input type="checkbox"/> 2 喷 <input type="checkbox"/> 4 喷</li> </ol> <p style="text-align: center;"><i>如果症状没有改善或恶化，请按“红色区域”操作。</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 在症状缓解后，儿童/青少年可恢复正常活动。</li> <li>5. 通知家长/监护人和学校护士。</li> </ol>
红色区域：紧急情况 严重症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 持续咳嗽</li> <li>• 胸闷气短</li> <li>• 说话困难（只能说 3-5 个单词）</li> <li>• 胸部和/或颈部的皮肤随着呼吸向内收缩</li> <li>• 嘴唇/指甲出现灰色/蓝色</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 给予<b>快速缓解药物</b>：<input type="checkbox"/> 2 喷 <input type="checkbox"/> 4 喷</li> </ol> <p style="text-align: center;"><i>如果学生有危及生命的过敏反应，请参考过敏反应护理计划。如果没有过敏反应护理计划，请遵循过敏反应应急指南。</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 拨打 911 并告知 EMS 来电的原因。</li> <li>3. 如果没有改善，重复给予快速缓解药物：<input type="checkbox"/> 2 喷 <input type="checkbox"/> 4 喷可每 5-15 分钟重复给药，直至 EMS 到达。</li> <li>4. 陪伴着儿童/青少年。保持冷静，鼓励进行更慢、更深的呼吸。</li> <li>5. 通知家长/监护人和学校护士。</li> </ol>

医疗保健提供者签名 \_\_\_\_\_ 提供者正楷签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

有效期为12个月，除非地区政策另有规定。

传真 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_ 电子邮件 \_\_\_\_\_

学校护士 / CCHC 签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

自备合同存档。  速发型过敏反应计划（存档） - 适用于危及生命的过敏症状：

\*包括反应性气道、运动诱发的支气管痉挛、气道痉挛。

