

# KẾ HOẠCH CHĂM SÓC BỆNH SUYỄN VÀ ĐƠN THUỐC CHO CÁC TRƯỜNG HỌC VÀ TRUNG TÂM CHĂM SÓC TRẺ COLORADO \*

## PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ HOÀN TẤT, KÝ TÊN VÀ GHI NGÀY THÁNG:

Họ tên Học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
 Trường: \_\_\_\_\_ Cấp lớp: \_\_\_\_\_  
 Họ tên của Phụ huynh/Người Giám hộ: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Tôi chấp thuận kế hoạch chăm sóc này và cho phép nhân viên nhà trường chia sẻ thông tin này, thực hiện theo kế hoạch này, cho dùng thuốc và chăm sóc cho con tôi, và nếu cần, hãy liên hệ với bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Tôi chịu trách nhiệm cung cấp thuốc và thiết bị (ví dụ như ống đệm) được kê toa, chưa hết hạn sử dụng cho trường/chương trình, và tuân thủ các chính sách của hội đồng, nếu có. Tôi biết rằng **911 có thể được gọi đến nếu không có ống hít cứu trợ nhanh ở trường** và con tôi đang có các triệu chứng.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

## NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE HOÀN THÀNH TẤT CẢ CÁC MỤC, KÝ VÀ GHI NGÀY THÁNG:

**THUỐC CỨU TRỢ NHANH:**  Albuterol  Khác: \_\_\_\_\_

Các Phản ứng Phụ Thông thường:  ↑ Nhịp tim, run  Sử dụng ống đệm với ống hít (MDI)

Thuốc kiểm soát được sử dụng tại nhà: \_\_\_\_\_

**TÁC NHÃN:**  Thời tiết  Đau ốm  Thể dục  Khói  Bụi  Phấn hoa  Chất lượng không khí kém  Tác nhân khác: \_\_\_\_\_

Chứng dị ứng gây nguy hiểm đến tính mạng, nêu rõ: \_\_\_\_\_

**CHO DÙNG ỐNG HÍT CỨU TRỢ NHANH:** Có hỗ trợ hoặc tự dùng.

- Học sinh cần giám sát hoặc hỗ trợ để sử dụng ống hít. Học sinh sẽ không tự mang ống hít.
- Học sinh biết sử dụng đúng cách các loại thuốc cho bệnh suyễn, và theo tôi, có thể **tự mang** và tự sử dụng ống hít của em tại trường với sự chấp thuận từ y tá trường và khi hoàn tất thỏa thuận.

	NEU THAY BIEN HIEN NAY:	HAY THUC HIEN VIEC NAY:
<b>VÙNG MÀU XANH:</b> Không có Triệu chứng Phòng ngừa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiện không có triệu chứng</li> <li>• Hoạt động nặng nhọc đã được lên kế hoạch</li> </ul>	<p><b>ĐIỀU TRỊ PHÒNG NGỪA ĐỐI VỚI HOẠT ĐỘNG NẶNG NHỌC</b>, vui lòng chọn MỘT:</p> <p><input type="checkbox"/> Không bắt buộc <b>HOẶC</b> <input type="checkbox"/> Yêu cầu của Học sinh/Phụ huynh <b>HOẶC</b> <input type="checkbox"/> Thường xuyên</p> <p>Cho dùng <b>THUỐC CỨU TRỢ NHANH</b> 10-15 phút trước hoạt động: <input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt</p> <p>Lặp lại sau 4 giờ, nếu cần cho thêm hoạt động thể chất khác</p> <p style="text-align: center;"><b>Nếu trẻ hiện đang có các triệu chứng, hãy thực hiện hướng dẫn trong VÙNG MÀU VÀNG hoặc VÙNG MÀU ĐỎ.</b></p>
<b>VÙNG MÀU VÀNG:</b> Triệu chứng nhẹ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khó thở</li> <li>• Thờ khò khè</li> <li>• Ho thường xuyên</li> <li>• Tức ngực</li> <li>• Không thể thực hiện các hoạt động</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cho dùng <b>THUỐC CỨU TRỢ NHANH:</b> <input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt</li> <li>2. Ở cùng trẻ/thanh thiếu niên và đặt em trong tư thế ngồi.</li> <li>3. <b>TIẾP TỤC DÙNG THÊM THUỐC CỨU TRỢ NHANH</b> nếu không có tiến triển tốt trong vòng 15 phút: <input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt</li> </ol> <p><b>Nếu các triệu chứng không cải thiện hoặc trở nên tồi tệ hơn, hãy thực hiện theo hướng dẫn của VÙNG MÀU ĐỎ.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Trẻ/thanh thiếu niên có thể trở lại các hoạt động bình thường, sau khi các triệu chứng đã thuyên giảm.</li> <li>5. Thông báo cho phụ huynh/người giám hộ và y tá trường.</li> </ol>
<b>VÙNG MÀU ĐỎ:</b> <b>KHẨN CẤP</b> Triệu chứng Nghiêm trọng	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ho liên tục</li> <li>• Khó thở</li> <li>• Khó nói thành câu (chỉ nói được 3-5 từ)</li> <li>• Vùng da ở ngực và/hoặc cổ bị co kéo, lõm xuống theo nhịp thở</li> <li>• Môi/móng tay tím tái</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cho dùng <b>THUỐC CỨU TRỢ NHANH:</b> <input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt</li> </ol> <p><b>Tham khảo kế hoạch chăm sóc sức khỏe nếu học sinh có chứng dị ứng đe dọa đến tính mạng. Nếu không có kế hoạch chăm sóc sức khỏe, hãy thực hiện theo hướng dẫn cấp cứu đối với trường hợp sốc phản vệ.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Gọi 911 và thông báo cho EMS lý do cuộc gọi.</li> <li>3. <b>TIẾP TỤC DÙNG THÊM THUỐC CỨU TRỢ NHANH</b> nếu không có tiến triển tốt: <input type="checkbox"/> 2 lần xịt <input type="checkbox"/> 4 lần xịt</li> </ol> <p>Có thể lặp lại sau mỗi 5-15 phút cho đến khi EMS có mặt.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ở bên cạnh trẻ/thanh thiếu niên. Giữ bình tĩnh, khuyến khích trẻ thở chậm và sâu hơn.</li> <li>5. Thông báo cho phụ huynh/người giám hộ và y tá trường.</li> </ol>

Chữ ký của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe \_\_\_\_\_

Viết chữ in Họ tên Nhà cung cấp \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Hiệu lực trong 12 tháng trừ khi có quy định khác trong chính sách Học khu

Fax \_\_\_\_\_

Điện thoại \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Chữ ký Y tá Trường/CCHC \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Thỏa thuận về việc tự mang trong hồ sơ  Kế hoạch chăm sóc sức khỏe lưu trong hồ sơ đối với chứng dị ứng đe dọa đến tính mạng cho:

\*bao gồm đường thở phản ứng, co thắt phế quản do gắng sức, đường thở co thắt



Tu chính: Tháng Hai 2021