

我的氣喘護理計畫 CHINESE

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

醫務人員姓名：_____ DOB: _____

醫務人員電話號碼：_____ 填寫人：_____ 日期：_____

控制藥物	服用數量	服用次數	其他說明
		____ 次/每天 每天服用！	<input type="checkbox"/> 服藥後漱口
		____ 次/每天 每天服用！	
		____ 次/每天 每天服用！	
		____ 次/每天 每天服用！	
快速舒緩藥物	服用數量	服用次數	其他說明
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir、Ventolin、Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 吸藥兩次 <input type="checkbox"/> 吸藥四次 <input type="checkbox"/> 1 次噴霧器治療	需要時才服用 (請參閱以下指示— 於黃區開始時， 或運動前使用)	注意：如果您每週需要服用本藥物兩天以上，請電洽醫師，考慮增加控制藥物的服用劑量，並討論您的治療計畫。

右列情況下的特殊指示：



病情穩定



病情惡化



病情緊急

病情穩定。

- 日間或夜間無咳嗽、喘鳴聲、胸悶或呼吸急速情況發生。
- 可從事正常活動



尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上) :

為 _____ 以上。(個人最佳紀錄的 80% 以上)

個人最佳尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上) : _____

下列的每日例行工作可**避免**氣喘症狀發作：

- 每天服用上述控制藥物。
- 運動前，吸入 _____ 次數 _____
- 避免會讓我氣喘症狀惡化的情況。
(請見表格背面。)

病情惡化。



- 咳嗽、喘鳴聲、胸悶、呼吸急速，或
- 因氣喘發作而在夜間醒來，或
- 可從事一些（但並非全部）正常活動

尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上) :

_____ 至 _____ (個人最佳紀錄的 50 至 79%)

警戒範圍。每天持續服用控制藥物，並：

- 吸入 _____ 次數快速舒緩藥物或進行 _____ 次噴霧器治療。
如果我在 20-30 分鐘內未回到綠區，必須再多吸藥 _____ 次或進行 _____ 次噴霧器治療。如果我在 1 小時內未回到綠區，我應該：
- 增加 _____
- 新增 _____
- 致電 _____
- 視需要每 4 小時服用快速舒緩藥物。如果 _____ 天後仍無改善，請電洽服務提供者。

病情緊急



- 呼吸非常急速，或
- 快速舒緩藥物無效，或
- 無法從事正常活動，或
- 症狀處於黃區 24 小時後仍無改善或惡化。

尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上) :

少於 _____ (個人最佳紀錄的 50%)

病情緊急！就醫治療！

- 服用快速舒緩藥物：每 _____ 分鐘吸入 _____ 次數，並即刻送醫。
- 服用 _____
- 致電 _____

危險！盡速就醫！如因呼吸急速而難以步行或說話，或有嘴唇或指甲發灰或發藍現象，請撥 911 求救。

病患者如為兒童，呼吸時，如頸周圍的皮膚和肋骨縮緊下陷，或病患者無法正常回應，請撥 911 求救。

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: Yes No self administer asthma medications: Yes No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

學校授權書 — 由家長/監護人填妥後交回學校

CHINESE

家長/監護人授權與免責聲明：本人要求學校協助本人子女服用本表所列之氣喘藥物及協助「氣喘護理計畫」之執行，一切計畫內容皆符合州法律及法規規定。

是 否

本人子女會攜帶及自行服用氣喘藥物，如本人子女因自行服用氣喘藥物而發生任何副作用，本人同意校區及學校教職員不需負任何法律責任：

是 否

家長/監護人簽名

日期

校區使用或揭露健康相關資訊之授權聲明

完整填寫本文件，即代表授權校區在符合聯邦法律（包括 HIPAA）保護此類資訊隱私之規定的情況下，揭露和/或使用下列個人健康資訊。若無法提供所有要求之資訊，將使本授權聲明失效。

使用及揭露資訊：

病患者/學生姓名：_____ / _____
姓氏 名字 中間名 出生日期

本人（簽署人）茲授權（醫療機構和/或醫療保健醫師的名稱/姓名）：

(1) _____ (2) _____ 提供上述具名學生
之病歷記錄中的健康資訊給（或自其取得該資訊）：

要揭露的學校或校區 地址 / 城市與州別 / 郵遞區號

學校或校區聯絡人 區碼和電話號碼

揭露此健康資訊的原因如下：

索取之資訊僅限於下列資訊：所有健康資訊；或 與下列指定疾病相關之資訊：

有效期間：

本授權聲明即時生效，有效期限至 _____（填入日期）止，如無指定日期，則從簽具日期起算一年內有效。

限制條件：

法律禁止索取資訊者進一步揭露本人的健康資訊，除非索取資訊者向本人取得另一份授權書，或其揭露之資訊為法律明確規定或允許者。

您的權利：

本人瞭解，本人對此授權聲明具有下列權利：本人可隨時撤銷此授權。本人必須在撤銷授權的通知書上親簽或由本人代表簽名，然後將其寄發給上列醫療保健機構/人員。本人寄發之撤銷授權通知書在收件者接獲通知書時即生效，唯資訊索取者或他方在接獲撤銷授權通知書前根據本授權所採取之行為不在此限。

重新揭露：

本人瞭解，索取資訊者（校區）會依據家庭平等權利保護法（Family Equal Rights Protection Act，簡稱 FERPA）的規定保護此資訊之隱私，且此資訊將會列入學生教育的相關資料。為給與兒童安全的、適當的、及最少障礙的教育環境及健康服務，兒童的健康資訊會與其他教職員討論。

本人有權接獲此授權書的副本。這授權書可能需要簽署，此學生才能在學校環境中獲得其所需之服務。

核准：_____ 正楷姓名 簽名 日期

與病患者/學生的關係

區碼與電話號碼