

# Plano de acção anti-asma Massachusetts

Nome:		Data:
Data de nascimento:	Nomo do médico/enfermeiro:	Nº. tel. do médico/enfermeiro:
Objectivo do paciente:	Nome/nº. de telefone dos pais/responsável:	
Importante! Evita coisas que piorem a tua asma:		

As cores do semáforo irão ajudar-te a usar os teus remédios para a asma.



**VERDE** diz Vai em frente!  
Usa os remédios de controle.

**AMARELO** diz Zona de Atenção!  
Agrega un medicamento de alívio rápido.

**VERMELHO** diz Zona de perigo!  
Pede ajuda ao médico.

Volume respiratório máximo pessoal (Peak flow): \_\_\_\_\_

FORÇA – tudo está OK!	Toma estes medicamentos de control diario:			
<b>Tu tens isto tudo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração boa</li> <li>• Nem tosse, nem “chiados” (sibilos)</li> <li>• Dormes toda a noite</li> <li>• Podes ir à escola e brincar</li> </ul>	“Peak flow” de	REMÉDIO/ROTINA	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA/QUANDO
	_____			
	até			
_____				

ATENÇÃO – Vai devagar!	Continua com os remédios da zona verde e adiciona:			
<b>Tens um destes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de constipação</li> <li>• Tosse</li> <li>• “Chiado” ligeiro</li> <li>• Aperto no peito</li> <li>• Tens tosse, “Chiado”, ou problemas de respiração durante a noite</li> </ul>	“Peak flow” de	REMÉDIO/ROTINA	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA/QUANDO
	_____			
	até			
_____				

TELEFONA AO TEU MÉDICO/ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_

PERIGO – Procura ajuda!	Toma estes remédios e telefona já ao teu médico:			
<b>A tua asma esta a piorar rapidamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O remédio nao ajuda</li> <li>• A respiração é difícil e acelerada</li> <li>• As narinas abrem muito</li> <li>• Vêm-se as tuas costelas</li> <li>• Não consegues falar bem</li> </ul>	“Peak flow” de	REMÉDIO/ROTINA	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA/QUANDO
	_____			
	até			
_____				

**VAI PROCURAR AJUDA DE UM MÉDICO JÁ! Não tenhas medo de causar problemas. O teu médico vai querer ver-te já. É importante! Se não consegues contactar o teu médico, vai directamente à sala de emergencias e traz este formulário contigo. NÃO ESPERES MAIS.**

Marca uma consulta com o teu médico/o teu enfermeiro dentro de dois dias após uma visita à sala de emergência ou à hospitalização.

Assinatura Médico/NP/PA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Autorizo o enfermeiro da escola, o médico/NP/PA do meu filho ou \_\_\_\_\_ a partilharem informações sobre a asma do meu filho/da minha filha.

Assinatura dos pais/responsáveis \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

— SEE BACK OF SCHOOL COPY FOR STUDENT MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION —

**Consentimento para a administração de medicação na escola:**

(Consent for administration of medication in school:)

Eu autorizo que o enfermeiro da escola ou pessoa da escola designada pelo enfermeiro da escola possa administrar a medicação conforme o descrito no verso desta página.

Assinatura dos pais/responsável pela educação \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

**Autorização para a auto-medicação do estudante na escola:**

(Authorization for student self-administration of medication in school:)

Eu dei as instruções a este estudante sobre o modo adequado de usar a sua medicação. Os medicamentos administrados devem corresponder aos procedimentos em uso na escola e deve ser elaborado um plano de medicação, em conjunto com o enfermeiro da escola, de acordo com os regulamentos de Massachusetts referentes à administração de medicamentos prescritos em escolas públicas e privadas (Administration of Prescription Medications in Public and Private Schools (105 CMR 210.000), conforme o impresso abaixo. Cópias traduzidas do regulamento estão disponíveis no Massachusetts Department of Public Health, 250 Washington Street, Boston, MA 02118. É minha opinião profissional que este estudante pode administrar a si próprio a medicação, sendo também permitido tê-la consigo e usar ele próprio os seus medicamentos.

**COMENTÁRIOS/INSTRUÇÕES ESPECIAIS:**

(Comments/special instructions:)

**ASSINATURAS (Signatures)**

**DATA**

Médico/enfermeiro do estudante \_\_\_\_\_  
Student's Doctor/Nurse

\_\_\_\_\_

Pais/responsável pela educação \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian

\_\_\_\_\_

Plano de administração de medicação foi concluído \_\_\_\_\_  
Medication administration plan completed

\_\_\_\_\_

Autorização do enfermeiro da escola \_\_\_\_\_  
School nurse's approval

\_\_\_\_\_

**Listed below are regulations governing the self-administration of prescription medication 105 CMR 210.006**

- (A) Consistent with school policy, students may self-administer prescription medication provided that certain conditions are met. For the purposes of 105 CMR 2100.000, "self-administration" shall mean that the student is able to consume or apply prescription medication in the manner directed by the licensed prescriber, without additional assistance or direction.
- (B) The school nurse may permit self-medication of prescription medication by a student provided that the following requirements are met:
  - (1) the student, school nurse and parent/guardian, where appropriate, enter into an agreement which specifies the conditions under which prescription medication may be self-administered;
  - (2) the school nurse, as appropriate, develops a medication administration plan (105 CMR 210.005 (E)) which contains only those elements necessary to ensure safe self-administration of prescription medication;
  - (3) the school nurse evaluates the student's health status and abilities and deems self-administration safe and appropriate. As necessary, the school nurse shall observe initial self-administration of prescription medication;
  - (4) the school nurse is reasonably assured that the student is able to identify the appropriate prescription medication, knows the frequency and time of day for which the prescription medication is ordered, and follows the school self-administration protocols;
  - (5) there is written authorization from the student's parent or guardian that the student may self-medicate, unless the student has consented to treatment under M.G.L. c. 112, § 12F or other authority permitting the student to consent to medical treatment without parental permission;
  - (6) if requested by the school nurse, the licensed prescriber provides a written order for self-administration;
  - (7) the student follows a procedure for documentation of self-administration of prescription medication;
  - (8) the school nurse establishes a policy for the safe storage of self-administered prescription medication and, as necessary, consults with teachers, the student and parent/guardian, if appropriate, to determine a safe place for storing the prescription medication for the individual student, while providing for accessibility if the student's health needs require it. This information shall be included in the medication administration plan. In the case of an inhaler or other preventive or emergency medication, whenever possible, a backup supply of the prescription medication shall be kept in the health room or a second readily available location;
  - (9) the school nurse develops and implements a plan to monitor the student's self-administration, based on the student's abilities and health status. Monitoring may include teaching the student the correct way of taking the prescription medication, reminding the student to take the prescription medication, visual observation to ensure compliance, recording that the prescription medication was taken, and notifying the parent, guardian or licensed prescriber of any side effects, variation from the plan, or the student's refusal or failure to take the prescription medication;
  - (10) with parental/guardian and student permission, as appropriate, the school nurse may inform appropriate teachers and administrators that the student is self-administering a prescription medication.