

План действий при обострении астмы, разработанный в штате Массачусетс

Фамилия:		Дата:
Дата рождения:	Фамилия врача/медсестры:	№ телефона врача/медсестры:
Цель пациента:		Родит./опек., тел.:
Внимание! Избегайте всего, что может обострить вашу астму:		

Цвета светофора помогут вам при приеме антиастматических препаратов.



Зеленый означает Действуй!
Использовать препарат контроля над астмой.

Желтый означает Осторожно!
Воспользоваться препаратом «скорой помощи».

Красный означает Тревога!
Нужна медицинская помощь.

Ваши наилучшие показатели пикфлоуметрии: _____

ДЕЙСТВУЙ – У вас все в норме!	Используйте эти препараты ежедневного контроля астмы:			
Показатели ПСВ от	ЛЕКАРСТВО/ СПОСОБ ПРИМ	ДОЗИРОВКА	КАК ЧАСТО/КОГДА	
Присутствуют все эти признаки:				
• Дыхание в норме				
• Кашель и хрипы отсутствуют				
• Вы спите в течение всей ночи				
• Можете посещать школу и играть				
до				

ОСТОРОЖНО – не торопитесь!	Продолжайте использовать препараты зеленой зоны и еще дополнительно:			
Показатели ПСВ от	ЛЕКАРСТВО/ СПОСОБ ПРИМ	ДОЗИРОВКА	КАК ЧАСТО/КОГДА	
Присутствует любой из следующий признаков:				
• Симптомы простуды				
• Кашель				
• Легкие хрипы				
• Удушье				
• Приступы кашля, хрипы или затрудненное дыхание ночью				
до				

ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ ИЛИ МЕДСЕСТРЕ: _____

ОПАСНО – ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ!	Воспользуйтесь этими препаратами и обратитесь к врачу			
Показатели ПСВ от	ЛЕКАРСТВО/ СПОСОБ ПРИМ	ДОЗИРОВКА	КАК ЧАСТО/КОГДА	
Наблюдается резкое обострение астмы:				
• Лекарство не помогает				
• Частое затрудненное дыхание				
• Ноздри широко раскрыты				
• Ребра проступают из под кожи				
• Затрудненная речь				
до				

СРОЧНО ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ К ВРАЧУ! Не бойтесь причинить кому-либо неудобства. Ваш врач немедленно вас примет. Это очень важно! Если вы не можете связаться с вашим врачом, отправляйтесь прямо в отделение скорой помощи, причем имейте при себе эту форму. **НЕ ТЕРЯЙТЕ ВРЕМЕНИ.**

Договоритесь о встрече с вашим врачом или медсестрой в течении двух дней после обращения в отделение скорой помощи или госпитализации.

Подпись врача/медсестры _____ Дата: _____

Я разрешаю школьной медсестре, врачу/медсестре моего ребенка или _____ информацией об астме моего ребенка

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

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

— IMPORTANT INSTRUCTIONS: SEPARATE THIS PAGE BEFORE WRITING —

Согласие на применение лекарственных препаратов в школе:

(Consent for administration of medication in school:)

Я даю согласие на то, чтобы школьная медсестра или другой медперсонал, по поручению школьной медсестры, применяли бы в отношении моего ребенка лекарственные препараты в соответствии с указаниями, содержащимися на обратной стороне данной страницы.

Подпись родителя/опекуна _____ ДАТА _____
Parent/Guardian Signature

Разрешение на самостоятельное применение школьником лекарственных препаратов в школе:

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

Я проинструктировал данного школьника о том, как правильно применять прописанные ему лекарственные препараты. Лекарственные препараты должны применяться в соответствии с установленным порядком в школе, и совместно со школьной медсестрой должен быть разработан соответствующий лечебный план согласно требованиям «Правил штата Массачусетс по применению прописанных лекарственных препаратов в государственных и частных школах» (105 CMR 210,000), выписка из которых приводится ниже. Копии Правил в переводе на другие языки можно получить в Департаменте здравоохранения штата Массачусетс по адресу: Massachusetts Department of Public Health, 250 Washington Street, Boston, MA 02118. Я, как специалист, считаю, что данный школьник в состоянии самостоятельно применять лекарственные препараты и ему можно разрешить иметь при себе и самому использовать по назначению прописанные ему лекарственные препараты.

ПРИМЕЧАНИЯ/ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:

(Comments/special instructions:)

ПОДПИСИ (Signatures)

ДАТА

Врач/медсестра школьника _____
Student's Doctor/Nurse

Родитель/опекун _____
Parent/Guardian

Выполнен лечебный план _____
Medication administration plan completed

СОГЛАСОВАНО: школьная медсестра _____
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 210.000, "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.