


# KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG ỨNG PHÓ HEN SUYỄN

Biểu mẫu này sẽ hết hạn sau 1 năm kể từ ngày gửi

Họ Tên	Ngày Sinh	Ngày	 <p><b>MÀU XANH</b> nghĩa là <b>Tiếp Tục!</b> Sử dụng thuốc KIỂM SOÁT hàng ngày</p> <p><b>MÀU VÀNG</b> nghĩa là <b>Thận Trọng!</b> Bổ sung thêm thuốc CỨU NGUY</p> <p><b>MÀU ĐỎ</b> nghĩa là <b>KHẨN CẤP!</b></p> <p>Ống hít sẽ hoạt động tốt hơn nếu có bù đắp đệm. Luôn sử dụng kèm mặt nạ khi được chỉ định.</p>
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế	Điện Thoại Của Nhà Cung Cấp		
Người Liên Hệ Khẩn Cấp	Điện thoại Của Phụ Huynh	Trường Học	
Liên Hệ Khẩn Cấp Bổ Sung	Điện Thoại Liên Hệ	Bốn Số Cuối Của Số ASXH	

<b>Tác Nhân Gây Hen Suyễn Được Xác Định</b> (Những thứ khiến bệnh hen suyễn của quý vị trầm trọng hơn): Khoanh tròn lựa chọn phù hợp			Ngày của buổi hẹn khám gần nhất:
Cảm lạnh	Khói (thuốc lá, nhang)	Phấn hoa	
Động vật	Mùi nặng	Ấm/mốc	
Bụi	Động vật gây hại (loài gặm nhấm, gián)	Căng thẳng/cảm xúc	
Trào ngược dạ dày thực quản	Tập thể dục	Mùa: Thu, Đông, Xuân, Hè	
Khác: _____			

## Vùng Xanh: Làm tốt - Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát HÀNG NGÀY

Quý vị có <b>TẤT CẢ</b> các điều sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dễ thở</li> <li>Không ho hoặc thở khò khè</li> <li>Có thể làm việc và vui chơi</li> <li>Có thể ngủ hết cả đêm</li> </ul> Lưu lượng đỉnh trong khu vực này: _____ đến _____ (Hơn 80% Mức Tốt Nhất Cá Nhân)	Luôn súc miệng sau khi sử dụng thuốc hít hàng ngày. <b>Ống hít sẽ hoạt động tốt hơn nếu có bù đắp đệm.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Không cần dùng thuốc kiểm soát.</li> <li>_____ hơi (MDI) _____ lần một ngày <small>Corticosteroid dạng hít hoặc corticosteroid dạng hít/chất chủ vận β tác dụng kéo dài</small></li> <li>_____ lần điều trị bằng máy phun khí dung _____ lần một ngày <small>Corticosteroid dạng hít</small></li> <li>_____ uống _____ mỗi ngày một lần lúc đi ngủ <small>Chất đối kháng leukotriene</small></li> <li>Với hen suyễn khi tập thể dục, <b>BỔ SUNG THÊM:</b> _____ hơi (MDI) 15 phút trước khi tập <small>Chất chủ vận β dạng hít tác dụng nhanh</small></li> <li>Với dị ứng mũi/đo môi trường, <b>BỔ SUNG THÊM:</b> _____</li> </ul>
---	--

## Vùng Vàng: Cảnh Trọng! – Tiếp Tục Thuốc KIỂM SOÁT và BỔ SUNG THÊM Thuốc CỨU NGUY

Khi quý vị có <b>BẤT KỲ</b> điều nào trong số các điều sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dấu hiệu ban đầu của cảm lạnh</li> <li>Ho hoặc đôi chút thở khò khè</li> <li>Tức ngực</li> <li>Gặp vấn đề với giấc ngủ, làm việc hoặc vui chơi</li> <li>Phơi nhiễm với tác nhân đã biết.</li> </ul> Lưu lượng đỉnh trong khu vực này: _____ đến _____ (50%- 80% Mức Tốt Nhất Cá Nhân)	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ hơi MDI có dùng bù đắp đệm mỗi _____ giờ khi cần <small>Chất chủ vận β dạng hít tác dụng nhanh</small></li> <li><b>HOẶC</b></li> <li>_____ lần điều trị bằng máy phun khí dung mỗi _____ giờ khi cần <small>Chất chủ vận β dạng hít tác dụng nhanh</small></li> <li>Khác _____</li> </ul> <p>***Không để trẻ một mình, và trẻ nên cảm thấy khỏe hơn trong 20-60 phút sau khi điều trị thuốc cứu nguy. Nếu tình trạng của trẻ trở nên tệ hơn hoặc ở trong Vùng Vàng trong hơn 24 giờ, THÌ hãy làm theo hướng dẫn trong VÙNG ĐỎ và gọi cho nhà cung cấp dịch vụ ngay lập tức****  <b>HOẶC</b> nếu quý vị cảm thấy tốt hơn, hãy tiếp tục việc điều trị sau mỗi 4-6 giờ nếu cần trong vòng 1-2 ngày.</p>
---	---

## Vùng Đỏ: KHẨN CẤP! - Tiếp tục dùng các thuốc KIỂM SOÁT & CỨU NGUY và TÌM TRỢ GIÚP!

Khi quý vị có <b>BẤT KỲ</b> điều nào trong số các điều sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>Không thể nói chuyện, ăn hoặc đi lại bình thường</li> <li>Thuốc không có tác dụng</li> <li>Thở khó và nhanh</li> <li>Môi và móng tay nhợt nhạt</li> <li>Mệt hoặc uể oải</li> <li>Nhìn thấy xương sườn</li> </ul> Lưu lượng đỉnh trong khu vực này: _____ đến _____ (Dưới 50% Mức Tốt Nhất Cá Nhân)	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ hơi MDI có dùng bù đắp đệm mỗi <b>15 phút</b>, trong <b>Ba</b> lần điều trị <small>Chất chủ vận β dạng hít tác dụng nhanh</small></li> <li><b>HOẶC</b></li> <li>_____ lần điều trị bằng máy phun khí dung mỗi <b>15 phút</b>, trong <b>BA</b> lần điều trị <small>Chất chủ vận β dạng hít tác dụng nhanh</small></li> <li><b>Goị cho Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế của quý vị trong thời gian thực hiện điều trị.</b></li> <li>Khác _____</li> </ul> <p><b>NẾU QUÝ VỊ KHÔNG THỂ LIÊN HỆ VỚI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CỦA MÌNH:                  Hãy gọi 911 để gọi xe cứu thương hoặc đến thẳng Khoa Cấp Cứu!</b></p>
--	---

# KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG ỨNG PHÓ HEN SUYỄN

Biểu mẫu này sẽ hết hạn sau 1 năm

<p><b>BẮT BUỘC</b> Chữ Ký Của Nhà Cung Cấp: _____ Ngày: _____</p> <p><b>BẮT BUỘC</b> Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____</p> <p>Tái khám với nhà cung cấp dịch vụ y tế chính trong vòng 1 tuần hoặc: _____</p>	<p><b>BẢN CHẤP THUẬN THUỐC CỦA NHÀ TRƯỜNG VÀ LỆNH CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ:</b> <i>Các tác dụng phụ có thể xảy ra của thuốc cứu nguy (ví dụ: albuterol) bao gồm nhịp tim nhanh, run và bồn chồn.</i></p> <p><b>Tên Viết Tắt Của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ _____ Học sinh này không được phép tự dùng thuốc.</li><li>■ _____ Học sinh này có khả năng và được chấp thuận để tự dùng (các) loại thuốc có tên ở trên.</li></ul> <p><b>Với tư cách là PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ _____ Qua văn bản này, tôi ủy quyền cho nhân viên nhà trường đã được đào tạo, nếu có, thực hiện thuốc cho học sinh.</li><li>■ _____ Qua văn bản này, tôi ủy quyền cho học sinh này được sở hữu và tự sử dụng thuốc.</li><li>■ _____ Qua văn bản này, tôi xác nhận rằng Học Khu, nhà trường, nhân viên và đại diện của họ sẽ được miễn trách nhiệm dân sự đối với các hành động hoặc thiếu sót tuân theo Luật D.C. 17-107, ngoại trừ các hành vi phạm tội, sai trái có chủ ý, sơ suất nghiêm trọng, hoặc cư xử sai cố ý</li></ul>
<p><b>Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Đóng Dấu Xướng Dưới Đây:</b></p>          	

## Phương Pháp Từng Bước Để Kiểm Soát Hen Suyễn Ở Trẻ Em Và Người Lớn (Từ Hướng Dẫn NAEPP năm 2007)

	KHIẾM KHUYẾT						NGUY CƠ	
	Các Triệu Chứng Ban Ngày 	Thức Vào Ban Đêm 	Cản trở các hoạt động thông thường	Sử dụng chất chủ vận beta tác dụng ngắn	Dự kiến FEV1 % (không áp dụng cho tuổi <5)	Các đợt cấp cần dùng corticosteroid toàn thân đường uống		
Tiêu chí áp dụng cho tất cả độ tuổi trừ khi có quy định khác								
		<5 Năm      ≥ 5 năm						
<b>Phân Loại ĐỘ NGHIÊM TRỌNG Của Hen Suyễn: ĐỂ XÁC ĐỊNH VIỆC BẮT ĐẦU LIỆU PHÁP KIỂM SOÁT DÀI HẠN</b> Xem xét độ nghiêm trọng và quãng thời gian kể từ đợt cấp gần nhất khi đánh giá nguy cơ.								
							<b>Bước</b>	
<b>Dai Dẳng Nghiêm Trọng</b>	Trong suốt cả ngày	>1x/tuần	Thường xuyên 7x/tuần	Cực Kỳ Hạn Chế	Một số x/ ngày	<60%	<5: ≥2 trong 6 tháng HOẶC ≥4 lần thờ khò khè trong 1 năm kéo dài >1 ngày VÀ các nhân tố nguy cơ gây hen suyễn dai dẳng 5-11: <b>Bước 3</b> Liệu Tùy chọn ICS liều trung bình hoặc <b>Bước 4</b> 12_người lớn: <b>Bước 4</b> hoặc 5 Tất cả các độ tuổi: <span style="float: right;">Cần nhắc đợt OCS ngắn</span>	
<b>Dai Dẳng Vừa Phải</b>	Hàng Ngày	3-4x/ tháng	>1x/tuần nhưng không vào ban đêm	Một Vài	Hàng Ngày	60-80%	<5: <b>Bước 3</b> 5-11: <b>Bước 3</b> Liệu Tùy chọn ICS liều trung bình hoặc <b>Bước 4</b> 12_người lớn: <b>Bước 4</b> hoặc 5 Tất cả các độ tuổi: <span style="float: right;">Cần nhắc đợt OCS ngắn</span>	
<b>Dai Dẳng Nhẹ</b>	>2 ngày/tuần nhưng không phải hàng ngày	1-2x/ tháng	3-4x/tháng	Không đáng kể	>2 ngày/ tuần nhưng không phải hàng ngày	>80%	<b>5-người lớn:</b> >2/năm	
<b>Ngắt quãng</b>	≤ 2 ngày/tuần	0	≤ 2x/tháng	Không Có	≤ 2 ngày/tuần	>80%	<b>Bước 1</b>	

Phân Loại MỨC KIỂM SOÁT Hen Suyễn: ĐỂ XÁC ĐỊNH CÁC ĐIỀU CHỈNH VỚI THUỐC KIỂM SOÁT HIỆN TẠI							
Xem xét độ nghiêm trọng và quãng thời gian kể từ đợt cấp gần nhất và các tác dụng phụ của thuốc có thể xảy ra khi đánh giá nguy cơ.							
<12 tuổi				12-người lớn			
<b>Kiểm Soát Rất Kém</b>	Trong suốt cả ngày	≥ 2x/tuần	≥ 4x/tuần	Cực Kỳ Hạn Chế	Một số lần/ngày	<60%	<5: >3/năm 5-người lớn: ≥2/năm <b>Tăng cường 1-2 bước.</b> Cần nhắc đợt OCS ngắn Đánh giá lại sau 2 tuần. Đối với tác dụng phụ, cần nhắc luân phiên điều trị.
<b>Kiểm Soát Không Tốt</b>	>2 ngày/tuần	≥ 2x/ tháng	1-3x/tuần	Một Vài	>2 ngày/tuần	60-80%	<5: 2-3/năm 5-người lớn: ≥2/năm <b>Tăng cường ít nhất 1 bước.</b> Đánh giá lại sau 2-6 tuần. Đối với tác dụng phụ, cần nhắc luân phiên điều trị.
<b>Kiểm Soát Tốt</b>	≤ 2 ngày/tuần	≤ 1x/tháng	≤ 2x/tháng	Không Có	≤ 2 ngày/tuần	>80%	0-1/năm <b>Duy trì điều trị hiện tại.</b> Tái khám sau mỗi 1-6 tháng. Cần nhắc giảm bớt nếu kiểm soát tốt trong ít nhất 3 tháng.

Liều Hàng NGÀY của các corticosteroid dạng hít	Fluticasone MDI (mcg)			Budesonide Respules (mcg)			Beclomethasone MDI (mcg)			Fluticasone/ Salmeterol DPI		Budesonide/ Formoterol MDI	
	Thấp	Trung Bình	Cao	Thấp	Trung Bình	Cao	Thấp	Trung Bình	Cao				
<b>&lt;5 tuổi</b>	176	>176-352	>352	0.25-0.5.	0.5-1.	>1	không áp dụng	không áp dụng	không áp dụng	không áp dụng		không áp dụng	
<b>5-11 tuổi</b>	88-176	>176-352	>352	.5	1	2	80-160	>160-320	>320	100/50 mcg 1 BID dạng hít		80 mcg/4.5 mcg 2 hơi BID	
<b>12 tuổi-người lớn</b>	88-264	>264-440	>440	không áp dụng không áp dụng không áp dụng			80-240	>240-480	>480	Liều phụ thuộc vào bệnh nhân		Liều phụ thuộc vào bệnh nhân	

