

КОНТРОЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

_____Ингалятор_____выдоха_____в день

_____Ингалятор_____выдоха_____в день

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ВРАЧА:

**ПЛАН
САМОПОМОЩИ
ПРИ АСТМЕ**



Для получения более подробной информации звоните по
НОМЕРУ 1-877-3BREATH

Симптомы	Зона	Что делать
<ul style="list-style-type: none"> • Нормальная деятельность • Пробуждения из-за астмы не чаще 2 раз в месяц • Симптомы астмы не чаще 2 раз в неделю • Максимальная скорость выдоха _____ 	 Зеленая	Продолжать принимать контролирующий препарат: _____ _____ ALBUTEROL: <u>каждые 4 часа при необходимости</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Усиление кашля, хрипы и одышка • Пробуждения из-за астмы чаще 2 раз в месяц • Максимальная скорость выдоха _____ 	 Желтая	Ингалятор _____ распылений _____ в день ALBUTEROL: _____ распылений каждые _____ часа (часов) при необходимости
<ul style="list-style-type: none"> • Постоянные симптомы; лекарства не помогают • Частые пробуждения из-за астмы • Ограниченная деятельность • Максимальная скорость выдоха _____ 	 Красная	Обратиться к врачу ALBUTEROL: _____ распылений каждые _____ часа (часов) при необходимости Начать принимать преднизон: _____ При тяжелом угнетении дыхания звонить 911