

学生姓名: \_\_\_\_\_ 学年: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 年级: \_\_\_\_\_ 学校: \_\_\_\_\_

**疾病的发展**

你的学生是在几岁的时候被诊断出患有哮喘病? \_\_\_\_\_

**症状(请在下方挑选所有适用你学生症状的方格)**

- 白天咳嗽
- 气喘
- 呼吸急促
- 胸闷
- 分泌粘液
- 夜间咳嗽
- 夜间气喘
- 症状导致睡眠中断
- 要求使用吸入器
- 其它: \_\_\_\_\_

**引起哮喘的因素(请勾选每一个描述会引起学生哮喘的方格)**

- 运动
- 冷空气
- 呼吸系统疾病 / 感冒
- 花粉
- 空气质量差
- 动物皮屑
- 情绪(恐惧、哭泣、愤怒、笑)
- 食物
- 药物
- 烟雾、化学品、强烈气味
- 其它: \_\_\_\_\_

**目前服用的药物**

- Albuterol 吸入器 inhaled (Proair®, Ventolin HFA®, Proventil)
- Levalbuterol 吸入器 (Xopenex®)
- 过敏药物(名称、剂量、次数): \_\_\_\_\_
- 其它(请具体说明): \_\_\_\_\_

你的学生是否使用峰值流量计(Peak Flow Meter)?  否  是 (次数、目前读数) \_\_\_\_\_

请在下页继续填写

### 在校使用药物

你的学生是否会在学校使用吸入器，包括运动、社团、户外教学、等等？  否  是\*

(\*如果是，请联系学校护士来填写所需的使用药物授权表格)

### 管理/治疗

你的学生多久需要使用吸入器? \_\_\_\_\_

在过去的一年中，你的学生在医生办公室接受了多少次哮喘治疗？请说明。

\_\_\_\_\_  
在过去的一年中，你的学生去过急诊室或因哮喘住院多少次？请说明。

请勾选最能描述你学生哮喘症状的方格:

保持不变  越来越差  越来越好

### 学生对哮喘状况的了解

你的学生是否了解到引起他们哮喘的原因?  否  是

当你的学生在经历令人痛苦的哮喘症状时，能否确实地报告?  否  是

你的学生是否知道如何正确地使用吸入器?  否  是

评语: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
得到注册护士来审阅

\_\_\_\_\_  
日期

\* 在上学之前，每一位患有生命危险健康状况的儿童均应出示针对该状况的药物或治疗指示。有生命危险健康状况是指如果药物和/或治疗指示以及护理计划没有到位，将导致孩子在上学期间面临死亡危险的状况。提交药物或治疗指示后，学校护士应制定护理计划。每一个学年都需要完成药物和治疗指示。有生命危险健康状况的学生将被转介至 504 团队进行评估。.(WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, 西雅图公立学校总监程序 3413SP)