

Tên học sinh: _____ Năm học: _____

Ngày sinh: _____ Lớp: _____ Trường: _____

Phát triển bệnh

Mấy tuổi học sinh của quý vị được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn? _____

Các triệu chứng (chọn từng ô mà mô tả các triệu chứng của học sinh)

- Ho ban ngày
- Thở khò khè
- Khó thở
- Tức ngực
- Có đờm
- Ho vào ban đêm
- Thở khò khè vào ban đêm
- Giấc ngủ bị gián đoạn do các triệu chứng
- Yêu cầu sử dụng thuốc dạng hít Inhaler
- Khác: _____

Yếu Tố Kích Hoạt Bệnh Hen Suyễn (đánh dấu vào từng ô mô tả các yếu tố kích thích của học sinh)

- Tập thể dục
- Không khí lạnh
- Bệnh hô hấp/Cảm lạnh
- Phấn hoa
- Chất lượng không khí kém
- Lông động vật
- Cảm xúc (sợ hãi, khóc, tức giận, cười)
- Thực phẩm
- Dược phẩm
- Khói, hóa chất, mùi thơm mạnh
- Khác: _____

Các Loại Thuốc Hiện Tại

- Albuterol inhaler (Proair®, Ventolin HFA®, Proventil)
- Levalbuterol inhaler (Xopenex®)
- Thuốc dị ứng (tên, liều lượng, tần suất): _____
- Khác (vui lòng ghi rõ): _____

Học sinh của quý vị có sử dụng Peak Flow Meter? Không Có (tần suất, số đọc hiện tại) _____**Tiếp tục ở trang tiếp theo**

Thuốc sử dụng ở trường

Học sinh của quý vị sẽ sử dụng thuốc dạng xịt hít của họ ở trường, bao gồm thể thao, câu lạc bộ, field trip, vv.? Không Có*
(*Nếu có, hãy liên hệ với y tá của trường để hoàn thành mẫu cho phép dùng thuốc theo yêu cầu)

Quản lý/Điều trị

Mức độ thường xuyên học sinh của quý vị sử dụng thuốc dạng hít? _____

Đã bao nhiêu lần trong năm qua học sinh của quý vị điều trị hen suyễn tại văn phòng bác sĩ? Xin vui lòng nêu rõ.

Đã bao nhiêu lần trong năm qua học sinh của quý vị đến Phòng Cấp Cứu hoặc nhập viện vì hen suyễn? Xin vui lòng nêu rõ.

Đánh dấu vào ô mà mô tả chính xác nhất các dấu hiệu hen suyễn của học sinh:

không thay đổi trở nên tồi tệ hơn trở nên tốt hơn

Kiến thức của Học Sinh về Tình Trạng Hen Suyễn

Học sinh của quý vị có hiểu các yếu tố kích hoạt hen suyễn của chúng hay không? Không Có

Học sinh của quý vị có thể báo cáo một cách đáng tin cậy khi em đang trải qua các triệu chứng hen suyễn khó chịu hay không? Không Có

Học sinh của quý vị có biết cách sử dụng thuốc dạng hít đúng cách không? Không Có

Nhận xét: _____

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ

Ngày

Xem qua bởi Thạc sĩ Y Tá

Ngày

*Trước khi đi học, mỗi trẻ em có tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng sẽ xuất trình một loại thuốc hoặc chỉ thị điều trị giải quyết tình trạng này. Tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng có nghĩa là một tình trạng sẽ khiến trẻ có nguy cơ tử vong trong ngày học nếu không có thuốc và/hoặc chỉ thị điều trị và kế hoạch điều dưỡng. Sau khi nộp thuốc hoặc chỉ thị điều trị, một kế hoạch điều dưỡng sẽ được phát triển bởi y tá của trường. Thuốc và chỉ thị điều trị được yêu cầu hoàn thành mỗi năm học. Học sinh có tình trạng sức khỏe đe dọa đến tính mạng sẽ được giới thiệu đến 504 Team để đánh giá. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, SPS Superintendent Procedure 3413SP)