

PLAN POSTĘPOWANIA W ASTMIE

Czuję się dziś dobrze	Przyjmuję leki na astmę według schematu:	
<ul style="list-style-type: none"> • oddycham prawidłowo • nie kaszlę, nie mam duszności, ani świstów • objawy nie wybudzają mnie w nocy • mogę pracować i być aktywny/a fizycznie jak do tej pory 	Lek	Dawkowanie
	Dodatkowe leki stosowane przy wysiłku fizycznym lub narażeniu na czynniki wyzwalające objawy astmy	

Co powinienem robić do następnej wizyty u lekarza?
<ul style="list-style-type: none"> • stosować leki zgodnie z zaleceniami • unikać narażenia na czynniki wyzwalające objawy astmy • podejmować aktywność fizyczną zgodnie z ustaleniami z lekarzem

Czuję się gorzej, podejrzewam zaostrzenie	Zwiększam leczenie stosowane na co dzień:	
<ul style="list-style-type: none"> • kaszlę • oddycha mi się gorzej niż zwykle • mam świsty • czuję ściskanie w klatce piersiowej • objawy wpływają na moją codzienną aktywność • objawy budzą mnie w nocy • miałem/miałam narażenie na znany czynnik nasilający objawy • mam objawy przeziębienia 	Lek	Dawkowanie
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeśli objawy się zmniejszają, kontynuuję zwiększone leczenie przez... 	
	Jeśli objawy nawracają i/lub utrzymują się postępuję według schematu:	
	Lek	Dawkowanie
	Umawiam wizytę u lekarza prowadzącego.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gdy objawy narastają, wzywam pomoc (obszar czerwony) 	

Data zaostrzenia objawów:
Jakie leki zastosowałem/zastosowałam?

Czuję się bardzo źle	Wzywam pomoc medyczną
<ul style="list-style-type: none"> • oddycham szybko, ciężko mi nabrać powietrze • nie mogę prawidłowo mówić • czuję silny ucisk w klatce piersiowej • czuję zdezorientowanie lub senność • zastosowane dodatkowe leczenie nie pomaga • jestem w "żółtej strefie" od 24h i mój stan się nie poprawia 	<ul style="list-style-type: none"> • dzwonię pod 112 <ul style="list-style-type: none"> ○ informuję, że choruję na astmę ○ zgłaszam swoje objawy

Po hospitalizacji związanej z astmą zgłoszę się do swojego lekarza w ciągu tygodnia od wypisu ze szpitala.

Numer kontaktowy do mojej przychodni POZ	
------------------------------------------	--