

# PLAN POSTĘPOWANIA W LECZENIU ASTMY



Telefon alarmowy: **999** lub **112**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Numer karty Pacjenta (MRN): .....

Data: .....

Data następnej wizyty: .....

Najlepszy szczytowy przepływ oddechowy: .....

Dane kontaktowe do lekarza: .....

Czynniki wyzwalające/zaostarzające objawy: .....

Jeśli dotyczą Ciebie wszystkie wymienione poniżej objawy:

- oddychasz dobrze
- nie kaszlesz i nie masz świszczącego oddechu
- śpisz dobrze w ciągu nocy
- możesz pracować (dotyczy dorosłych)
- możesz się bawić (dotyczy dzieci), oznacza to, że czujesz się dobrze

**Mój lek kontrolujący objawy:**

Muszę używać inhalatora codziennie, nawet jeśli czuję się dobrze.  
Biorę ..... wdechów rano i ..... wdechów w nocy.

**CZUJĘ SIĘ DOBRZE,**  
ale zawsze mam przy sobie lek doraźny.

Jeżeli:

- czujesz ucisk w klatce piersiowej
  - masz świszczący oddech
  - masz trudności z oddychaniem
  - kaszlesz
- zastosuj lek doraźny

**Mój lek doraźny:**

Używam tego leku tylko w przypadku zaostrzenia objawów.  
Jeśli pojawiają się wymienione obok objawy, biorę ..... wdechów.

Jeśli dotyczy Ciebie **przynajmniej jedno** z poniższych:

- mam pierwsze objawy przeziębienia
- byłem narażony na ekspozycję na znany czynnik wyzwalający objawy
- kaszlę
- mam łagodnie świszczący oddech
- czuję ucisk w klatce piersiowej
- budzę się w nocy, mam kaszel nocny
- objawy astmy wpływają na wykonywanie przeze mnie czynności dnia codziennego
- używam leku doraźnego 3 razy w tygodniu lub częściej, **oznacza to, że masz zaostrzenie astmy**

Szczytowy przepływ oddechowy spadł do: .....

**GDY MAM ZAOSTRZENIE ASTMY,**  
potrzebuję swojego leku doraźnego częściej niż zwykle i/lub odczuwam więcej objawów astmy niż zazwyczaj.

**Mój lek kontrolujący objawy:**

Zwiększam dawkę leku do ..... wdechów ..... razy dziennie dopóki objawy nie ustąpią, a szczytowy przepływ oddechowy nie wróci do swojej najlepszej wartości.

**Mój lek doraźny:**

Używam tego leku tylko w przypadku zaostrzenia objawów. Biorę ..... wdechów co ..... godzin. Noszę mój lek doraźny zawsze ze sobą.

**Jeżeli potrzebujesz leku doraźnego częściej niż co cztery godziny, oznacza to, że masz ATAK ASTMY – zastosuj PLAN RATUNKOWY.**

**Jeżeli objawy uległy pogorszeniu lub nie uległy poprawie w okresie 7 dni, konsultuj się z lekarzem w ciągu 24 godzin.**

Inne zalecenia lekarza prowadzącego na wypadek zaostrzenia objawów astmy:

Jeśli dotyczy Ciebie przynajmniej jedno z poniższych:

- mój lek doraźny nie pomaga i muszę używać go częściej niż co 4 godziny
- mam trudności z mową lub chodzeniem
- mam trudności z oddychaniem
- mam świszczący oddech, czuję ucisk w klatce piersiowej i/lub sporo kaszle, **oznacza to, że masz atak astmy**

Szczytowy przepływ oddechowy spadł do: .....

**GDY MAM ATAK ASTMY**

**PLAN RATUNKOWY:**

**Krok 1.** Siadam prosto i staram się zachować spokój

**Krok 2.** Przyjmuję jeden wdech leku doraźnego co 30–60 sekund do 10 wdechów maksymalnie

**Krok 3a.** Jeżeli mam duże trudności z oddychaniem, a objawy szybko się pogarszają lub przyjąłem 10 wdechów leku i nie widać poprawy – dzwonię pod numer 999 lub 112 i wzywam karetkę

**Krok 3b.** Powtarzam krok 2. po 15 minutach

**Po ataku astmy:**

Skonsultuj się ze swoim lekarzem prowadzącym, by upewnić się, czy nie jesteś w grupie ryzyka kolejnego ataku. Jeżeli Twój stan uległ pogorszeniu, skonsultuj się ze swoim lekarzem jak najszybciej.

Inne zalecenia lekarza prowadzącego na wypadek ataku astmy: