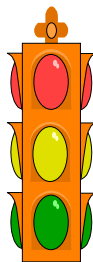


# План приема лекарств от астмы



Вы можете использовать цвета светофора, чтобы лучше разобраться в лекарствах от астмы.



- ЗЕЛЕНЫЙ** означает «Идите». Используйте профилактические средства.
- ЖЕЛТЫЙ** означает «Притормозите». Добавьте облегчающее средство, чтобы сразу же почувствовать себя лучше.
- КРАСНЫЙ** означает «Стоп». Обратитесь за помощью к врачу.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Телефон для врача или клиники: \_\_\_\_\_

Телефон для такси или знакомых: \_\_\_\_\_



**ИДИТЕ**

- Нормальное дыхание
- Отсутствие кашля или присвиста
- Могу работать и играть



МСП выдыхаемого воздуха от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Используйте профилактические средства.

<u>Средство:</u>	<u>Доза:</u>	<u>Когда:</u>
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	_____ раз(а) в день
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	_____ раз(а) в день
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	_____ раз(а) в день

За 20 минут до выполнения физических упражнений или занятия спортом используйте это средство:

\_\_\_\_\_ ингал.

**ПРИТОРМОЗИТЕ**

- Кашель
- Свистящее дыхание
- Затрудненное дыхание
- Просыпаюсь ночью



МСП выдыхаемого воздуха от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

**\*ДОБАВЬТЕ** облегчающее средство, чтобы предотвратить обострение астмы:

<u>Средство:</u>	<u>Доза:</u>	<u>Когда:</u>
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	кажд. _____ часа

**\*ТАКЖЕ ПРОДОЛЖАЙТЕ ПРИНИМАТЬ/УВЕЛИЧЬТЕ ДОЗУ**

принимаемого Вами профилактического средства:

_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	_____ раз(а) в день
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	_____ раз(а) в день

**Обратитесь к врачу, если эти симптомы часто повторяются, или если облегчающие средства не помогают!**

**СТОП - ОПАСНО**

- Лекарство не помогает
- Удушье и одышка
- Видны ребра при дыхании
- Не могу нормально говорить
- Не могу ходить



МСП выдыхаемого воздуха от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

**Немедленно обратитесь за помощью!** Принимайте эти лекарства до тех пор, пока не поговорите с врачом.

<u>Средство:</u>	<u>Доза:</u>	<u>Когда:</u>
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	кажд. _____ часа
_____	_____ ингал./дых. аппарат/таблетка/микст.	кажд. _____ часа

**Звоните в 911 в случае обострения астмы.**