

TEANECK PUBLIC SCHOOLS
MEDICAL DEPARTMENT

Dear Parent:

If your child requires medication that must be given during the school hours, sections I and II of this form must be completed and returned to the nurse of your child's school:

I. Doctors Request (Please check the appropriate box)

- The following asthma medication can be self-administered by my patient _____
_____. Proper instructions have been given.
- The following medication is to be administered to my patient _____
_____, by the school nurse.

Name of Medication _____ Diagnosis _____

Strength _____ Dosage _____

Time of Day to Be Given _____ Date Start _____ Date Stop _____

Date _____ Signature _____ M.D..

Signature

M.D.

Print

(If possible, we would appreciate it if medication could be given before and/or after school)

II. Parent Request and Release

I request that the above medication be given to my child, named above. I release the nurse, school physician, and the Teaneck Board of Education of all responsibility should any untoward reaction occur as a result of my child being administered the above medication. I also authorize the Teaneck Public Schools to obtain relevant information from the above physician as it relates to the administration of medication that has been prescribed. The Board of Education, Board Employees or agents shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication by the pupil.

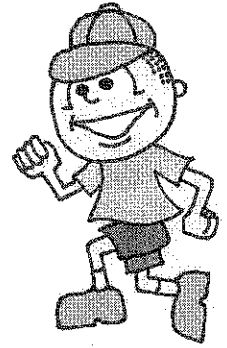
Date _____ Parent Signature _____

III. School Physician Approval

Approved _____ Declined (Reason) _____

School Physician

Asthma Treatment Plan – Student Parent Instructions



The PACNJ Asthma Treatment Plan is designed to help everyone understand the steps necessary for the individual student to achieve the goal of controlled asthma.

1. **Parents/Guardians:** Before taking this form to your Health Care Provider, complete the top left section with:
 - Child's name
 - Child's doctor's name & phone number
 - Parent/Guardian's name & phone number
 - Child's date of birth
 - An Emergency Contact person's name & phone number
2. **Your Health Care Provider will** complete the following areas:
 - The effective date of this plan
 - The medicine information for the Healthy, Caution and Emergency sections
 - Your Health Care Provider will check the box next to the medication and check how much and how often to take it
 - Your Health Care Provider may check "OTHER" and:
 - ❖ Write in asthma medications not listed on the form
 - ❖ Write in additional medications that will control your asthma
 - ❖ Write in generic medications in place of the name brand on the form
 - Together you and your Health Care Provider will decide what asthma treatment is best for your child to follow
3. **Parents/Guardians & Health Care Providers together** will discuss and then complete the following areas:
 - Child's peak flow range in the Healthy, Caution and Emergency sections on the left side of the form
 - Child's asthma triggers on the right side of the form
 - Permission to Self-administer Medication section at the bottom of the form: Discuss your child's ability to self-administer the inhaled medications, check the appropriate box, and then both you and your Health Care Provider must sign and date the form
4. **Parents/Guardians:** After completing the form with your Health Care Provider:
 - Make copies of the Asthma Treatment Plan and give the signed original to your child's school nurse or child care provider
 - Keep a copy easily available at home to help manage your child's asthma
 - Give copies of the Asthma Treatment Plan to everyone who provides care for your child, for example: babysitters, before/after school program staff, coaches, scout leaders

PARENT AUTHORIZATION

I hereby give permission for my child to receive medication at school as prescribed in the Asthma Treatment Plan. Medication must be provided in its original prescription container properly labeled by a pharmacist or physician. I also give permission for the release and exchange of information between the school nurse and my child's health care provider concerning my child's health and medications. In addition, I understand that this information will be shared with school staff on a need to know basis.

Parent/Guardian Signature

Phone

Date

FILL OUT THE SECTION BELOW ONLY IF YOUR HEALTH CARE PROVIDER CHECKED PERMISSION FOR YOUR CHILD TO SELF-ADMINISTER ASTHMA MEDICATION ON THE FRONT OF THIS FORM.

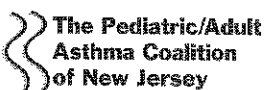
RECOMMENDATIONS ARE EFFECTIVE FOR ONE (1) SCHOOL YEAR ONLY AND MUST BE RENEWED ANNUALLY

- I do request that my child be **ALLOWED** to carry the following medication _____ for self-administration in school pursuant to N.J.A.C. 6A:16-2.3. I give permission for my child to self-administer medication, as prescribed in this Asthma Treatment Plan for the current school year as I consider him/her to be responsible and capable of transporting, storing and self-administration of the medication. Medication must be kept in its original prescription container. I understand that the school district, agents and its employees shall incur no liability as a result of any condition or injury arising from the self-administration by the student of the medication prescribed on this form. I indemnify and hold harmless the School District, its agents and employees against any claims arising out of self-administration or lack of administration of this medication by the student.
- I **DO NOT** request that my child self-administer his/her asthma medication.

Parent/Guardian Signature

Phone

Date



"Your Pathway to Asthma Control"
PACNJ approved Plan available at
www.pacnj.org

Disclaimer: The use of this Website/PACNJ Asthma Treatment Plan and its content is at your own risk. The content is provided on an "as is" basis. The American Lung Association of the MU-Allergic (ALAM-A), the Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey and all affiliates disclaim all warranties, express or implied, statutory or otherwise, including but not limited to the implied warranties of merchantability, non-infringement of third parties' rights, and fitness for a particular purpose. ALAM-A makes no representations or warranties about the accuracy, reliability, completeness, currency, or timeliness of the content. ALAM-A makes no warranty, representation or guaranty that the information will be unaltered or error free or that any defects can be corrected. Be sure you read ALAM-A's notice for any damages (including, without limitation, incidental and consequential damages, personal injury or death, loss, profits, or damages resulting from data or business interruption) resulting from the use or inability to use the content of this Asthma Treatment Plan website based on a warranty contract, tort or any other legal theory and whether or not ALAM-A is advised of the possibility of such damages. ALAM-A and its affiliates are not liable for any claims, whatsoever, caused by your use or misuse of the Asthma Treatment Plan, nor of this website.

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey, sponsored by the American Lung Association in New Jersey, this publication was supported by a grant from the New Jersey Department of Health and Senior Services, with funds provided by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention under Cooperative Agreement #5U59CE000461-04. Its content are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the New Jersey Department of Health and Senior Services or the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Although this document has been funded wholly or in part by the United States Environmental Protection Agency under Agreement #X46296001-9 to the American Lung Association in New Jersey, it has not gone through the Agency's publication review process and therefore, may not necessarily reflect the views of the Agency and no official endorsement should be inferred.

Sponsored by



Asthma Treatment Plan – Student

(This asthma action plan meets NJ Law N.J.S.A. 18A:40-12.8) (Physician's Orders)

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey
 "Your Pathway to Asthma Control"
 PADIU approved Plan available at www.pacnj.org

Sponsored by AMERICAN LUNG ASSOCIATION IN NEW JERSEY

NJ Health New Jersey Department of Health



(Please Print)

Name	Date of Birth	Effective Date
Doctor	Parent/Guardian (if applicable)	Emergency Contact
Phone	Phone	Phone

HEALTHY (Green Zone) ■■■▶

Take daily control medicine(s). Some inhalers may be more effective with a "spacer" – use if directed.

Triggers

Check all items that trigger patient's asthma:

You have **all** of these:

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through the night
- Can work, exercise, and play



MEDICINE	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Dulera® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 200	2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Advair Diskus® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inhalation twice a day
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalations <input type="checkbox"/> once <input type="checkbox"/> twice a day
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 250	1 inhalation twice a day
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalations <input type="checkbox"/> once <input type="checkbox"/> twice a day
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide) <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 unit nebulized <input type="checkbox"/> once <input type="checkbox"/> twice a day
<input type="checkbox"/> Singulair® (Montelukast) <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 tablet daily
<input type="checkbox"/> Other	
<input type="checkbox"/> None	

- Colds/flu
- Exercise
- Allergens
 - Dust Mites, dust, stuffed animals, carpet
 - Pollen - trees, grass, weeds
 - Mold
 - Pets - animal dander
 - Pests - rodents, cockroaches
- Odors (Irritants)
 - Cigarette smoke & second hand smoke
 - Perfumes, cleaning products, scented products
 - Smoke from burning wood, inside or outside
- Weather
 - Sudden temperature change
 - Extreme weather - hot and cold
 - Ozone alert days
- Foods:
 -
 -
 -
 -
- Other:
 -
 -
 -
 -

And/or Peak flow above _____

Remember to rinse your mouth after taking inhaled medicine.

If exercise triggers your asthma, take this medicine _____ minutes before exercise.

CAUTION (Yellow Zone) ■■■▶

Continue daily control medicine(s) and ADD quick-relief medicine(s).

You have **any** of these:

- Cough
- Mild wheeze
- Tight chest
- Coughing at night
- Other: _____

If quick-relief medicine does not help within 15-20 minutes or has been used more than 2 times and symptoms persist, call your doctor or go to the emergency room.

And/or Peak flow from _____ to _____

MEDICINE	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
<input type="checkbox"/> Combivent® <input type="checkbox"/> Maxair® <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 puffs every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Pro-Air® <input type="checkbox"/> Proventil®	2 puffs every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unit nebulized every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Duoneb®	1 unit nebulized every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unit nebulized every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Increase the dose of, or add:	
<input type="checkbox"/> Other	

• If quick-relief medicine is needed more than 2 times a week, except before exercise, then call your doctor.

EMERGENCY (Red Zone) ■■■▶

Take these medicines NOW and CALL 911. Asthma can be a life-threatening illness. Do not wait!

Your asthma is getting worse fast:

- Quick-relief medicine did not help within 15-20 minutes
- Breathing is hard or fast
- Nose opens wide • Ribs show
- Trouble walking and talking
- Lips blue • Fingernails blue
- Other: _____

And/or Peak flow below _____

MEDICINE	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
<input type="checkbox"/> Combivent® <input type="checkbox"/> Maxair® <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 puffs every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Pro-Air® <input type="checkbox"/> Proventil®	2 puffs every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unit nebulized every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Duoneb®	1 unit nebulized every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unit nebulized every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Other	

This asthma treatment plan is meant to assist, not replace, the clinical decision-making required to meet individual patient needs.

Permission to Self-administer Medication:

This student is capable and has been instructed in the proper method of self-administering of the non-nebulized inhaled medications named above in accordance with NJ Law.

This student is **not** approved to self-medicate.

PHYSICIAN/APN/PA SIGNATURE _____ DATE _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____

PHYSICIAN STAMP _____

Save
Print

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

Instrucciones para Padres/Representantes



El Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey fue diseñado para ayudar a entender los pasos necesarios que cada paciente debe seguir para alcanzar el control de su asma.

- Pacientes/Padres/Representantes:** Complete la parte izquierda del comienzo del formulario antes de dársela a su Proveedor del Cuidado de su Salud con:
 - Nombre del paciente
 - Nombre del padre/representante y número de teléfono
 - Nombre y teléfono del doctor del paciente
 - Fecha de nacimiento del paciente
 - Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente
- Su Proveedor del Cuidado de Salud:** Completa las siguientes partes:
 - La fecha en que el plan fue puesto en efecto
 - La información de la medicina para las secciones Saludable, Precaución y Emergencia
 - Su Proveedor del Cuidado de Salud marcará el casillero al lado del medicamento e indicará qué cantidad y cuántas veces debe tomar el medicamento
 - Su Proveedor del Cuidado de su Salud puede que indique "OTRO" y:
 - Escribe en el formulario medicamentos de asma que no aparecen en el formulario
 - Escribe en el formulario medicamentos adicionales que controlaran su asma
 - Escribe en el formulario medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marcas reconocidas
 - Juntos, usted y su Proveedor del Cuidado de Salud decidirán que tratamientos usted o su niño deberán seguir para mejorar su asma
- Pacientes/Padres/Representantes y Proveedores del Cuidado de Salud:** Discutan antes de completar las siguientes partes del formulario:
 - Los niveles del medidor de flujo en las secciones de: Saludable, Precaución y Emergencia, en la parte izquierda del formulario
 - Los provocadores del asma del paciente en la parte derecha del formulario
 - La parte de abajo del formulario es Solamente Para Menores: Discuta la habilidad de su niño de utilizar, sin ninguna ayuda, medicamentos inhaladores. Usted y el Proveedor de Salud de su niño deberán marcar, firmar y fechar en la parte apropiada del formulario
- Padres/Representantes:** Después de completar el formulario con su Proveedor del Cuidado de la Salud:
 - Sáquele copias al Plan para el Tratamiento del Asma de su niño y déle la copia original y firmada a la enfermera de la escuela de su niño o al proveedor del cuidado de su niño
 - Mantenga una copia disponible en su casa para poder manejar con facilidad el asma del niño
 - Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asma a todas aquellas personas que le proporcionan cuidado a su niño: niñeras, personal de cuidado del niño antes o después de la escuela, entrenadores y líderes de scout

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE

Yo, por medio de la presente, autorizo que mi niño reciba su medicamento en la escuela, como fue prescrito en el Plan de Tratamiento para el Asma. El medicamento mantenerse y ser aplicado en su contenido original, como fue prescrito, y debe llevar la etiqueta original, marcada por el farmacéutico o médico. También yo doy permiso para que la información médica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera de la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información médica será compartida y estará a la disposición del personal de la escuela cuando la necesite.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha

LLENE ESTA SECCION DE ABAJO SOLO SI SU PROVEEDOR DE SALUD INDICO, EN LA PARTE DE ENFRENTA DE ESTA FORMA, QUE SU NIÑO TIENE PERMISO PARA ADMINISTRARSE SU MEDICAMENTO DEL ASMA.

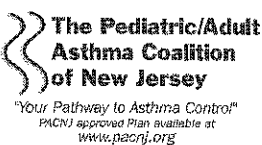
ESTAS RECOMENDACIONES SON EFECTIVAS POR (1) AÑO ESCOLAR Y DEBRAN SER ACTUALIZADAS ANUALMENTE

- Yo solicito que se le PERMITA a mi niño llevar el siguiente medicamento _____ para su administración personal en la escuela y de acuerdo con la ley de Nueva Jersey N.J.A.C.:6A:16-2.3. (siglas en ingles). Yo doy permiso para que mi niño se administre su medicamento, como fue prescrito en su Plan de Tratamiento para el Asma, durante este año escolar. Yo considero que el/ella es responsable y puede llevar, guardar y aplicarse el medicamento. El medicamento debe mantenerse en el envase original en el cual fue prescrito. Yo entiendo que el distrito de la escuela, sus directivos y empleados no serán responsables si el estudiante presenta un problema o condición debido a la aplicación de su medicamento, el cual aparece prescrito en su plan de tratamiento.
- YO NO** solicito que mi niño/a se administre el medicamento del asma en la escuela.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha



Notificación: El uso y contenido de la Página Web del Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey es a su propio riesgo. El contenido es proporcionado "como es" y la Asociación Internacional del Pulmón de los Estados Unidos (AIAPU), la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, no hacen ninguna declaración o implicación, explícita o implícita, respecto a la exactitud, integridad, seguridad, fiabilidad o cualquier otro aspecto de contenido. ALAMA no hace ningún tipo de declaración, representación o garantía de que la información no está incompleta o sin errores o que no hay algún tipo de fallo de la información. En no circunstancia ALAMA será responsable por daños resultando de su uso. ALAMA no es responsable por ningún tipo de lesiones causadas por el uso o mal uso del Plan para el Tratamiento del Asma o esta página Web.

La Coalición del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey, ha recibido apoyo del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Nueva Jersey, con fondos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación 6U49CE00041-04. El contenido del material es responsabilidad total de los autores y no necesariamente representa el punto de vista del NICHES o el USCDCOP. Asimismo, este material ha sido desarrollado completamente o en parte por la Agencia de Protección del Ambiente bajo el acuerdo con los Estados Unidos, Protección Ambiental de los Estados Unidos presentando financiación adicional bajo los Acuerdos Vigentes XAS926001-2 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y no se puede usar el proceso de revisión de la Agencia de las publicaciones por esta razón no representará el punto de vista de la agencia y por consiguiente la responsabilidad de la responsabilidad de la información de salud profesional apoyo o el de su autor.

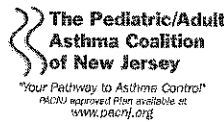


Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

(Este plan de acción para el asma cumple los requisitos de la ley de NJ N.J.S.A. 18A-40-12.8)

(Ordenes Medicas)

(en letra de imprenta)



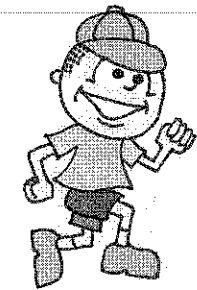
Nombre		Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)		Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono		Teléfono

SALUDABLE (Verde Zona)

Tome este medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores podrían ser mas eficaces si se usan con una cámara inhaladota – úsela como fue indicada.

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o flujo máximo mas de _____

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Duler® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 200	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Advair Diskus <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (budesonide) <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 unidad nebulizada <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast) <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 pastilla diaria
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Ninguno	

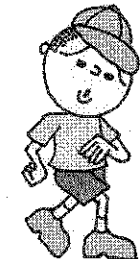
Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome este medicamento _____ minutos antes de hacer ejercicio.

- Resfriados/ la influenza
- Ejercicios
- Alergias
 - Acaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen – árboles, césped, monte
 - Moho
 - Mascotas – caspi de animales
 - Pestes – ratones, cucarachas
- Olores (irritantes)
 - Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
 - Perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
 - Humo de la Madera
- Clima
 - Cambios bruscos de temperatura
 - Temperaturas extremas - caliente o fría
 - Días de alerta ozono

ADVERTENCIA (Amarillo Zona)

Continúe tomando su(s) medicamento(s) de control diario y AGREGUE medicamento(s) de alivio rápida.



Usted tiene **alguno** de estos síntomas:

- Tos • Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

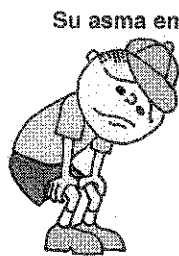
Y/o flujo máximo de _____ a _____

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Combivent <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Aumente la dosis o agregue:	
<input type="checkbox"/> Otro	

LLame a su medico si necesita la medicina de alivio rápido mas de dos veces por semana, excepto antes de hacer ejercicio.

EMERGENCIA (Rojo Zona)

Tome estos medicamentos AHORA y LLAME al 911. El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!



Su asma empeora rápidamente:

- El medicamento de alivio rápido no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil o rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules
- Otro: _____

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Combivent <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Duoneb	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Otro	

- Alimentos:
-
-
-
- Otros:
-
-
-

Este plan de tratamiento para el asma ha sido diseñado para ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clínicas requeridas para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

REVISADO EN AGOSTO DE 2013
Permitido para reproducir el formulario en blanco aprobado por: www.paacnj.org

SOLO PARA MENORES:
 Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto, para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley de NJ.
 Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____
PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____
SELLO DEL MÉDICO _____

Haga una copia para el representante y para el archivo del medico, y envíe el original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico.