



# 有關 哮喘病的一切

有用資訊，行動計劃，及學校表格

**Somos**   
COMMUNITY CARE  
和諧社區醫療大聯盟



# 有關哮喘病的一切



## 什麼是哮喘病？

哮喘病其實是肺部的其中一種疾病，它可以受到控制但無法獲得根治。有一些因素，像香煙的煙霧，可能會導致病發，如果您與吸煙者同住，或有吸煙者在您的四週，請確保他們可以跑到戶外才吸煙。

我們在呼吸時吸入空氣，氣體會經過氣管(trachea)，穿越支氣管(bronchi)和微細氣管管道，再進入肺部的氣泡(alveoli)中。哮喘會造成我們肺部的氣管腫脹及產生粘液，令人出現呼吸困難。如果您的呼吸未能暢順，每天的活動、運動、甚至步行可能都會十分困難。在嚴重的情況時，如果未能及時加以治療，哮喘更能導致死亡。

## 我能做些什麼來控制自己的哮喘病呢？

- ✓ 和您的醫生商討出一套哮喘病行動計劃(請參閱同附的樣本)，並每天落實執行。隨身攜帶一份副本，並在您會逗留最多時間的地方、例如住所、辦公室、學校，及課後活動的地方多放一份副本。
- ✓ 如果是學校的話，請確保使用由您的醫生提供的衛生局用藥管理表格(請參閱同附的樣本)。
- ✓ 就算您感覺良好，仍需服用您的控制哮喘藥物。
- ✓ 需隨身攜帶您的哮喘急救藥物，以備萬一哮喘發作時可以使用。
- ✓ 辨別和避免可引發哮喘的因素。
- ✓ 切勿吸煙和避免接近正在吸煙的其他人士。
- ✓ 如果您感染傷風、鼻竇發炎、或其他會造成您咳嗽或影響您的呼吸的疾病時，必須要向您的醫生求診。
- ✓ 每年10月接種預防流感疫苗。
- ✓ 經常洗手來避免感染流感病毒。
- ✓ 和您的醫生商討要否接種一種預防肺炎(Pneumovax)的疫苗。

## 學齡兒童的父母適用

- 要求和您孩子的老師、校長，及駐校護士見面，令他們明白您孩子的需要，及在預備在緊急狀況時能夠應變。
- 確保您的孩子就是感覺良好，仍要使用控制哮喘的藥物。
- 確保您的孩子需隨身攜帶急救藥物，以備萬一哮喘病發時能夠使用。
- 確保您的孩子的駐校護士持有一份管理藥物表格，以便在有需要時，他/她可以向您的孩子提供急救藥物。
- 如果您的孩子身體不適，需要告知您孩子的老師、校長，和駐校護士。
- 確保您的孩子在身體出現不適時，不要害怕讓自己的老師知道。





# 哮喘病行動計劃

完成日期

姓名	出生日期	年級/教師
醫療護理提供者	醫療護理提供者辦公室電話號碼	醫療紀錄編號
父母/監護人	電話號碼	替代電話號碼
父母/監護人/替代緊急聯絡人	電話號碼	替代電話號碼

## 診斷哮喘嚴重程度

斷斷續續  持續不斷  輕微  中度  嚴重

## 哮喘觸發因素 (令哮喘病發惡化的東西)

吸煙  傷風  運動  動物  塵埃  食物  
 天氣  氣味  花粉  其他 \_\_\_\_\_

## 綠色地帶：放心去做吧！

每天使用這些每日控制哮喘藥物 (預防性藥物)

您可以獲得下列一切：

- 呼吸容易
- 沒有咳嗽或氣喘
- 能夠工作和遊戲
- 能夠整夜熟睡



無需使用每天服用的藥物

每天控制哮喘藥物名稱：\_\_\_\_\_

每天\_\_\_\_\_次，吸取\_\_\_\_\_次或服用\_\_\_\_\_粒

運動時出現哮喘，增加：\_\_\_\_\_

在運動前\_\_\_\_\_分鐘使用接駁分離器的吸入器吸咀吸取\_\_\_\_\_次

使用吸入器的每日噴劑藥物後，必須要嗽口。

## 黃色地帶：必須小心！

繼續使用每天控制藥物及增加快速治療藥物

您有下列任何症狀：

- 咳嗽或輕微氣喘
- 胸口悶
- 呼吸困難
- 睡眠、工作，或遊戲出現困難



如果有處方的話，服用每天的控制藥物，並在您出現呼吸困難時增加這種快速治療藥物：

\_\_\_\_\_吸入器 \_\_\_\_\_ mcg  
在有需要時，每隔\_\_\_\_\_小時，吸取\_\_\_\_\_次。必須要使用分離器，一些兒童可能需要一個面罩。

\_\_\_\_\_噴霧器 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
在有需要時，每隔\_\_\_\_\_小時接受噴霧器治療。

其他 \_\_\_\_\_

如果快速治療藥物在\_\_\_\_\_分鐘內未能發揮效力，可以再使用多一次並致電您的醫療護理提供者求助  
如果在\_\_\_\_\_小時內，使用快速治療藥物超過\_\_\_\_\_次，需致電您的醫療護理提供者

如果您處於黃色地帶超過24小時，請致電醫療護理提供者。

## 紅色地帶：危急！

繼續使用每天控制藥物和快速治療藥物及尋求幫助！

如果您有下列任何狀況：

- 呼吸極度困難
- 藥物未能發揮作用
- 呼吸出現急速和需要用力
- 鼻孔張開，胸骨突顯，言語出現問題
- 口唇或指甲呈現灰色或發藍



\_\_\_\_\_吸入器 \_\_\_\_\_ mcg  
在有需要時，每隔\_\_\_\_\_小時，吸取\_\_\_\_\_次。必須使用分離器，一些兒童可能需要一個面罩。

\_\_\_\_\_噴霧器 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
在有需要時，每隔\_\_\_\_\_小時接受噴霧器治療。

其他 \_\_\_\_\_

在使用快速治療藥物時需要再致電醫療護理提供者，如果無法與醫療護理提供者聯繫，致電911傳召救護車或直接前往急症室求診！

## 要求核准所有在學校使用的藥物

醫療護理提供者核准：本人要求本計劃需按照書面所列執行，本計劃適用於下列學年 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

家長/監護人核准：本人同意授權駐校護士提供本計劃所列的藥物，或受過訓練的校方職員在駐校護士審查後，協助我的孩子使用這些藥物，本計劃將可由照顧我孩子的校方職員分享。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 可選擇性核准獨自攜帶和在學校使用的藥物

醫療護理提供者核准獨自攜帶和使用：本人證明這學生曾向本人顯示可以自行有效地使用這種拯救藥物，而可以在學校內，沒有校方教職員監督下獨自攜帶和使用這種藥物。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

家長/監護人核准獨自攜帶和使用 (如果護理提供者在上述授權)：本人同意我的孩子能夠有效地使用這種拯救藥物，並在沒校方教職員監督下，可以在學校內攜帶和使用這種藥物。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

# 哮喘用藥管理表格

護理提供者用藥處方表格 — 學校健康辦公室 — 學年 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

學生 姓氏 _____ 名字 _____ 中間名 _____	出生日期 _____ / _____ / _____ 月 月 日 日 年 年 年 年	
附上學生近照	OSIS # _____ DOE 區域 _____ 班級 _____	學校 名稱, 編號, 地址及區域

下列部分由學生的醫療護理提供者填寫

<b>診斷</b> <input type="checkbox"/> 哮喘	<b>受控情況 (參閱NAEPP指引)</b> <input type="checkbox"/> 妥善控制 <input type="checkbox"/> 不受控制 <input type="checkbox"/> 未知狀況	<b>嚴重程度 (參閱NAEPP指引)</b> <input type="checkbox"/> 斷斷續續 <input type="checkbox"/> 溫和持久 <input type="checkbox"/> 中度持久 <input type="checkbox"/> 嚴重持久
--	--	---

學生哮喘風險評估問卷 (Y=是, N=否, U=不知)

曾有哮喘病發接近死亡需儀器協助呼吸病歷	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
曾有威脅生命哮喘病發 (失去知覺或缺氧昏迷) 病歷	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
曾有哮喘相關的入院 (兒科深切治療部) 病歷	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
在過去12個月使用口服類固醇	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ 次 最近日期 _____ / _____ / _____
過去12個月有哮喘相關的急症室求診病歷	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ 次
過去12個月有哮喘相關的住院病歷	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ 次
曾有食物過敏或濕疹病歷, 請說明: _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

### 校內快速治療藥物 (請選擇其一)

**Albuterol MDI** [Ventolin® MDI 可由校方提供共用 (加上個人spacer)]:

**【父母必須簽署確認】**

MDI 連同 spacer  
 DPI

**其他:** 姓名: \_\_\_\_\_ 強度: \_\_\_\_\_  
 劑量: \_\_\_\_\_ 途徑: \_\_\_\_\_ 間隔時間:  \_\_\_\_\_ 小時

### 校內指引

**標準指示:** 給予 2 puffs/1AMP q 4小時 PRN 治療咳嗽、氣喘、胸悶、呼吸困難或呼吸急促 (\*哮喘發作病癢)。監察20分鐘或直到病癢消失, 如果20分鐘後病癢持續可重複用藥一次。

**如果出現呼吸窘迫\*:** 立即致電911及給予6 puffs/1AMP, 可以在20分鐘後重覆用藥直到救護員抵達。

**運動前:** 2 puffs/1AMP 在運動前15至20分鐘使用。

**URI 病癢或最近哮喘病發 (5日內):** 2 puffs/1AMP, 連續5天在正午時間。

特別指示: \_\_\_\_\_

### 校內使用控制藥物

(建議按照NAEPP指引, 給持久哮喘者使用)

**Fluticasone MDI** [Flovent® 110 mcg MDI 可由校方提供共用]:

**【父母必須簽署確認】**

MDI 連同 spacer  
 DPI

**其他:** 姓名: \_\_\_\_\_ 強度: \_\_\_\_\_  
 劑量: \_\_\_\_\_ 途徑: \_\_\_\_\_ 間隔時間:  \_\_\_\_\_ 小時

### 每日標準劑量:

\_\_\_\_\_ puffs/1AMP 每日一次 \_\_\_\_\_ 上午或 \_\_\_\_\_ 下午

特別指示: \_\_\_\_\_

### 為這學生選擇最合適的項目:

- 依賴護士的學生: 護士必須負責用藥
- 監督學生: 學生在成人監督下自行用藥
- 可獨立學生: 學生自行攜帶/使用藥物 (\*\*父母簽署確認)

醫生簽署 \_\_\_\_\_ 本人認證學生顯示有能力在校內/外遊活動/校方贊助活動中, 有效使用處方藥物。

### 家用藥物 (包括非處方成藥)

- 舒緩 \_\_\_\_\_
- 控制 \_\_\_\_\_
- 其他 \_\_\_\_\_

醫療護理提供者 姓氏 _____ 名字 _____	簽名 _____	日期 _____ / _____ / _____
地址 _____	電話 (____) _____ - _____	傳真 (____) _____ - _____ NPI # _____
電郵地址 _____	紐約州執照號碼# (必須提供) _____	CDC及AAP強烈建議所有患哮喘的兒童每年注射流感疫苗。



# 哮喘用藥管理表格

護理提供者哮喘藥物處方 — 學校健康辦公室 — 學年 \_\_\_\_\_

下列部分需由學生家長/監護人填妥

本人在此同意，校方可按照我的兒女的醫療護理提供者的指示，儲存和管理用藥，及儲存和使用一些在用藥時所需的器材。本人明白我必須要向學校提供藥物和使用藥物時所需的器材，包括非萬托林(non-Ventolin)吸入器。提供的藥物必須要有由藥房原先適當貼上的標籤(我需要獲得另外一瓶方便我的孩子在放學後使用)，在處方藥物上的標籤必須包括學生的姓名、藥房的名字和電話號碼，開發處方的執照醫護人員名字，可以重配藥物的日期和重配次數，藥物的名稱，份量，服用次數，用藥的方式及/或其他的指示；如果是非處方藥物或樣本藥物，必須要用藥廠的原裝包裝盒子盛載，並在盒子上貼上學生的姓名。**本人明白提供的所有藥物必須要是放在原裝及未有打開過的盒子之內。**本人更明白，如果上述的任何處方或指示有任何改變，我必須要立即知會駐校的護士。

**本人明白任何學生都不能自己攜帶或使用受到管制的物品。**本人明白這份同意書只會生效至紐約市教育局(DOE)贊助的暑期指導課程結束；或直到我向駐校護士提供由我的孩子的醫療護理提供者發出的最新處方或指示為止(視乎那一種情況先行發生)。遞交這份哮喘用藥管理表格，相等於本人要求紐約市教育局和衛生與精神健康局(DOHMH)透過學校健康辦公室(OSH)，為我的孩子提供特別健康服務。本人明白這些服務可以包括由一位OSH醫療護理提供者進行一次臨床評估和一次身體檢查。有關上述的健康服務要求的全面和完整指引已經列印在本表格之內。本人明白OSH及其代理人，和他們的員工，在提供上述要求的健康護理服務時，會完全依賴這份表格所提供的正確資料。本人明白在上述的MAF用藥管理表格限期屆滿前30天，一位OSH的醫療護理提供者會為我的孩子評估他/她的哮喘癥狀和我的孩子對處方藥物的反應，而可能會發出另一份全新的MAF用藥管理表格。如果OSH的醫療護理提供者認定MAF用藥管理表格內的指令無需作任何更改的話，OSH的醫療護理提供者亦可能會簽發指令內容完全一樣，並會有一年生效期的全新MAF用藥管理表格，除非是我孩子的醫療護理提供者提供一份全新的MAF用藥管理表格。如果一位OSH醫療護理提供者根據替我孩子檢查後所獲得的結果及相關的病歷，認為需要更改MAF用藥管理表格的指引，這位OSH護理提供者可能會簽發另一份有全新不同指引的MAF用藥管理表格。本人，與在我的孩子在紀錄中的醫療護理提供者，在簽發全新的MAF用藥管理表格，或在MAF用藥管理表格內的指引有任何更改時，都可獲得知會。本人更明白我可以在這份MAF用藥管理表格在失效前30日，提交一份全新而有不同指引的MAF用藥管理表格，或亦可以書面方式，對這次檢查向駐校護士提出反對。如果我沒有在這個限期前，向駐校護士提交一份全新的MAF用藥管理表格，或以書面方式向駐校護士說明我反對自己的孩子接受一位OSH醫療護理提供者的檢查，我的孩子可能就會被檢驗，而一份全新的MAF用藥管理表格亦會被簽發。本人瞭解這份表格並非是OSH和教育局答應提供要求的服務，而只是本人要求/同意提供這項服務。如果這些服務已經被確認是有需要的話，一項滿足學生需要的計劃就需要由校方去完成。本人明白OSH和教育局、他們的代理人、和僱員，可以向任何為我孩子提供醫療或健康護理服務的醫療護理提供者及/或藥劑師，進行接觸、諮詢、及索取任何更多涉及我孩子的病況、用藥及/或治療相關的合適資料。

**\*\*自行使用藥物：請在下列方格簽署確認會使用腎上腺素、哮喘劑吸入器及其他核准的自行使用藥物：**

本人在此確認我的孩子已接受完全的指導，懂得自行處理和使用處方藥物。本人亦同意我的孩子可以在學校內攜帶、儲存和使用上述的處方藥物。本人確認我需要負責向我的孩子按照上文描述，提供印有標籤盒子盛載的藥物，負責完全監督我的孩子在學校使用這種藥物，及為我的孩子在校內使用這種藥物所造成的後果負責。本人明白駐校護士將會確認我的孩子能負責地自行攜帶和自行使用藥物的能力。另外，本人亦同意提供放在一個有清晰標籤盒子內的「後備」藥物，儲存在學校醫療室之內，以備在我的孩子萬一沒有足夠的藥物自行使用時，作不時之需。

本人同意駐校護士，在我的孩子短暫失去儲存和自行使用這種藥物的能力時，可以接手儲存及/或向我的孩子使用這種藥物。

本人在此確認本人曾向我孩子的醫療護理提供者諮詢，及本人同意學校健康辦公室(OSH)在我的孩子無法獲得處方哮喘藥物時，可以用儲存的藥物為我的孩子用藥。

父母簽署確認

**您必須要讓您的孩子攜帶他的個人吸入器(MDI)參加學校舉行的外遊活動，以便他/她可以隨時使用，儲存的後備藥物只會在您的孩子身處學校之內時使用。**

在此簽名

學生姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 中間名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 學校名稱 \_\_\_\_\_

正楷書寫父母/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 父母/監護人簽名：\_\_\_\_\_

簽名日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 父母/監護人地址：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

手機號碼：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ 其他電話號碼：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

替代緊急聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 緊急聯絡電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

## 校方專用 (OSH) Only

Received By Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reviewed By Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Self-Administers/Self-Carries:  Yes  No Supervised Student\*  Yes  No Services Provided By  Nurse  School-Based Health Center  OSH Public Health Advisor\*  OSH Asthma Case Manager\*

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): \_\_\_\_\_  IEP

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:

\*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, mouthing words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.

**SOMOS**  
COMMUNITY CARE

和諧社區醫療大聯盟

紐約市曼哈頓8大道519號14樓  
519 Eighth Avenue, 14<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10018

電話：1.844.227.7772

網頁：[SomosCommunityCare.org](http://SomosCommunityCare.org)

