

Hơi thở tốt.
Quý vị đáp ứng tốt!

vùng màu **xanh lá cây**

Dùng các loại thuốc này để kiểm soát bệnh suyễn của quý vị:

Tên thuốc	Liều lượng	Khi nào
-----------	------------	---------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tránh những thứ làm cho bệnh suyễn trầm trọng hơn:

vùng màu **vàng**

Thở khó khăn.
Chậm chậm lại!

Dùng các loại thuốc này để làm giảm đi cơn bệnh của quý vị.

Tên thuốc	Liều lượng	Khi nào	Bao lâu
-----------	------------	---------	---------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tiếp tục dùng thuốc kiểm soát “vùng màu **xanh lá cây**”

Dùng ống tiếp nối với _____

Nếu triệu chứng không thuyên giảm trong vòng _____ tiếng đồng hồ, gọi đến bác sĩ/y tá của quý vị để được chỉ dẫn. Bác sĩ/y tá của quý vị có thể thay đổi kế hoạch.

Thở khó và nhanh.
Phải có hành động ngay!

vùng màu **đỏ**

Dùng các thuốc này ngay VÀ sau đó gọi ngay đến bác sĩ/y tá của quý vị!

Tên thuốc	Liều lượng	Bao lâu
-----------	------------	---------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Đến phòng khẩn cấp hay gọi 911 nếu có những triệu chứng sau:

- Môi hay móng tay xanh
- Quý vị đang cố tìm hơi thở
- Không thấy khỏe hơn sau 15 phút dùng thuốc vùng màu **đỏ** và không thể liên lạc được với bác sĩ/y tá của quý vị

Liên lạc đến bác sĩ/y tá của quý vị trong vòng 2 ngày sau khi đến phòng khẩn cấp hay nhập viện.

Vùng màu đỏ

Vùng màu vàng

Vùng màu xanh lá cây

CÁC LOẠI THUỐC MÀ TÔI ĐANG ỨNG

(gồm cả các loại thuốc không liên hệ đến bệnh suyễn)

Tên thuốc	Lý do	Liều lượng

Tên:

Ngày sinh:

Địa chỉ:

Liên lạc khẩn cấp:

Điện thoại:

Bác sĩ/y tá:

Điện thoại:

Liều lượng khi thờ ra cao điểm nhất của quý vị:

Dị ứng với thuốc: