CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE ASTMĘ

Codzienne przyjmowanie leków pomoże zmniejszyć reakcję mojego organizmu na te czynniki. Unikanie takich czynników również może okazać się pomocne.

KONTROLA POD KĄTEM ASTMY

Co rok powinienem/powinnam odbyć co najmniej jedną rutynową wizytę kontrolną związaną z astmą. **Zabiorę ze sobą:**

- mój plan działania, żeby sprawdzić, czy nie trzeba go zaktualizować;
- inhalator i komorę inhalacyjną (spacer), aby upewnić się, że używam ich prawidłowo;
- pytania dotyczące choroby i codziennego postępowania.

Data następnej wizyty kontrolnej związanej z astmą: __/__/____

Dane kontaktowe lekarza/pielęgniarki specjalizujących się w astmie

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Numer kontaktowy po godzinach pracy (zapytaj lekarza, do kogo dzwonić, kiedy gabinet jest zamknięty)

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Uzyskaj dodatkowe porady i wsparcie od towarzystwa Asthma UK:

Porozmawiaj na temat astmy z pielęgniarką specjalizującą się w astmie, dzwoniąc pod numer:
0300 222 5800

Uzyskaj najnowsze informacje, porady i pobierz pakiety informacyjne pod adresem:
www.asthma.org.uk

asthma UK

Health & care information you can trust
The Information Standard Certified Member

HA1080216 © 2016 Asthma UK – zastrzeżony numer organizacji charytatywnej w Anglii i Walii: 802364, a w Szkocji: SCO39322.

Ostatnia weryfikacja i aktualizacja 2016 r.; kolejna weryfikacja 2019 r.

*Adams et al; Factors associated with hospital admissions and repeat emergency department visits for adults with asthma; Thorax 2000;55:566–573

Stosuj plan i nie zgub go!

Plan działania to osobisty przewodnik, który pozwoli zachować kontrolę nad astmą. Po stworzeniu takiego przewodnika z lekarzem lub pielęgniarką specjalizującą się w astmie pacjentom łatwiej jest zachować możliwie najlepszy stan zdrowia.

W przypadku osób korzystających z planów działania prawdopodobieństwo hospitalizacji związanej z astmą jest czterokrotnie mniejsze.

Plan działania spełni swoją funkcję i pomoże zachować dobry stan zdrowia tylko wtedy, gdy:

1. **Zostanie umieszczony w miejscu, gdzie może zostać łatwo znaleziony przez pacjenta lub jego rodzinę –** dobre miejsca to drzwi od lodówki, wewnętrzna strona drzwi wejściowych lub szafka przy łóżku. Można też zrobić zdjęcie planu i przechowywać je w telefonie komórkowym lub na tablecie.

2. **Będzie regularnie sprawdzany –** warto umieścić notatkę na kalendarzu lub przypomnienie w telefonie, aby przeczytać plan raz w miesiącu. Jak radzisz sobie z codziennie stosowanym lekiem na astmę? Czy występują jakiekolwiek objawy astmy? Czy wiesz, co robić?

3. **Będziesz mieć kopię pod ręką –** zapisz zdjęcie na telefonie lub ustaw jako wygaszacz ekranu. Albo przechowuj ulotkę w torbie, na biurku lub w schowku w samochodzie.

4. **Dasz jeden egzemplarz planu lub prześlesz jego zdjęcie komuś z rodziny lub z przyjaciół –** poproś, aby go przeczytali . Opowiedz o występujących u siebie objawach, aby mogli je zauważyć, gdy się pojawią. Naucz ich, jak zareagować w nagłej sytuacji.

5. **Jest zabierany na wszystkie wizyty – także w oddziałach SOR / na konsultacje.** Należy prosić lekarza lub pielęgniarkę o aktualizację planu, jeśli zmienią się zalecenia terapeutyczne. Warto zasięgnąć porady, jeśli przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami jest trudne.

POMOCNY PRZEWODNIK KROK PO KROKU
ZACHOWAJ KONTROLĘ NAD ASTMĄ

Plan działania w przypadku astmy

PROSZĘ WYPEŁNIĆ Z LEKARZEM LUB PIELĘGNIARKĄ SPECJALIZUJĄCĄ SIĘ W ASTMIE

Pacjenci stosujący plan leczenia astmy przygotowany w formie pisemnej są **czterokrotnie mniej narażeni** na przyjęcie do szpitala w związku z astmą*.

Nazwisko i data:

asthma UK

Pytania dotyczące astmy?
Warto zadzwonić do naszych życzliwych pielęgniarek z linii pomocy
0300 222 5800
(9.00–17.00; pon. – pt.)
www.asthma.org.uk

Codzienne postępowanie przy astmie:

Mój najlepszy przepływ szczytowy: _____

Mój inhalator zapobiegawczy (podać nazwę/kolor): _____

Inhalator zapobiegawczy muszę stosować codziennie, nawet jeśli czuję się dobrze

Przyjmuję _____ inhalację(-e/-i) rano
i _____ inhalację (-e/-i) wieczorem.

Mój inhalator doraźny (podać nazwę/kolor): _____

Inhalator doraźny stosuję wtedy, gdy tego potrzebuję

Przyjmuję _____ inhalację(-e/-i) inhalatora doraźnego, jeśli wystąpi choć jedno z poniższych:

- świszczenia,
- uczucie ucisku w klatce piersiowej,
- duszność,
- kaszel.

Inne leki, jakie przyjmuję codziennie w związku z astmą:

_____

Stosując ten codzienny schemat, mogę oczekiwać /dążyć do braku objawów. Jeżeli nie występowały u mnie żadne objawy lub jeśli inhalator doraźny nie był potrzebny przez co najmniej 12 tygodni, poproszę lekarza lub pielęgniarkę, aby sprawdzili mój schemat przyjmowania leków i ewentualnie zmniejszyli dawkę.

Osoby mające alergię muszą zachować specjalną ostrożność, gdyż napady mogą być bardziej nasilone.

Gdy czuję się gorzej:

- **objawy wracają (świszczenie, uczucie ucisku w klatce piersiowej, duszność, kaszel);**
- **budzę się w nocy;**
- **objawy utrudniają mi wykonywanie codziennych czynności (np. w pracy, ćwiczenia fizyczne);**
- **używam inhalatora doraźnego _____ razy w tygodniu lub częściej;**
- **mój przepływ szczytowy wydechowy spada do wartości poniżej _____.**

Oto co mogę zrobić od razu, aby uzyskać kontrolę nad astmą:

1 Jeśli nie używam inhalatora zapobiegawczego, muszę zacząć ponownie stosować go regularnie lub:

Zwiększam dawkę inhalatora zapobiegawczego do _____ inhalacji _____ razy na dobę, dopóki objawy nie ustąpią, a przepływ szczytowy nie wróci do normy

Stosuję inhalator doraźny zgodnie z potrzebą (do _____ inhalacji co cztery godziny)

UWAGA! Jeśli mój stan nie poprawi się w ciągu 24 godzin, należy umówić pilną wizytę u lekarza lub pielęgniarki specjalizującej się w astmie.

2 Jeśli mam w domu tabletki z prednizolonem (steryd):

Należy przyjąć _____ mg prednizolonu (co odpowiada _____ x 5 mg) **natychmiast** i ponownie co rano przez _____ dni lub do całkowitego ustąpienia objawów.

UWAGA! Należy zadzwonić dziś do lekarza lub pielęgniarki, aby poinformować o rozpoczęciu stosowania sterydów i umówić wizytę w ciągu 24 godzin.

Podczas napadu astmy:

- **mój inhalator doraźny nie pomaga lub muszę go stosować częściej niż co _____ godzin;**
- **mam trudności z chodzeniem albo mową;**
- **mam trudności z oddychaniem;**
- **mam świszczący oddech, uczucie ucisku w klatce piersiowej lub silny kaszel;**
- **szczytowy przepływ wydechowy jest mniejszy niż _____.**

TO SYTUACJA NAGŁA, DZIAŁAJ NATYCHMIAST

1. **Usiądź prosto – nie kładź się. Staraj się zachować spokój**
2. **Przyjmuj jedną inhalację z inhalatora doraźnego co 30 do 60 sekund, ale nie więcej niż 10 inhalacji**
3. A) **Jeśli w dowolnym momencie poczuję się gorzej, gdy używam inhalatora** → **NALEŻY ZADZWONIĆ POD NUMER 999** → **Karetka potrzebuje ponad 15 minut? Powtórz krok 2**

   B) **Jeśli nie czuję się lepiej po 10 inhalacjach leku** → **NALEŻY ZADZWONIĆ POD NUMER 999** → **Karetka potrzebuje ponad 15 minut? Powtórz krok 2**

   C) **Jeśli poczuję się lepiej: należy umówić się na pilną wizytę tego samego dnia u lekarza lub pielęgniarki specjalizującej się w astmie, aby uzyskać poradę**

Jeśli czuję się lepiej i mam umówioną pilną wizytę lekarską tego samego dnia:

- **trzeba sprawdzić, czy mam awaryjne tabletki z prednizolonem;**
- **jeśli je mam, muszę je przyjąć zgodnie z zaleceniami lekarza lub pielęgniarki specjalizującej się w astmie.**

WAŻNE! Te informacje dotyczące napadu astmy nie są przeznaczone dla osób stosujących schemat SMART LUB MART. Jeżeli stosujesz schemat SMART lub MART, porozmawiaj z lekarzem lub pielęgniarką, aby uzyskać właściwe informacje dotyczące postępowania w przypadku napadu astmy.