

خطة العمل الخاصة بي لمرض الربو

اسم المريض:

تاريخ الولادة:

اسم مقدّم الخدمة:

رقم هاتف مقدّم الخدمة:

ما هي محفزات الربو لدي؟

ما هو دواء السيطرة على المرض؟

تساعد أدوية السيطرة على المرض في تجنب أعراض الربو. استخدمها كل يوم وفق ما يصفه مقدّم الخدمة الذي تتعامل معه. تحدّث إلى مقدّم الخدمة عن المدة التي ستأخذ خلالها الدواء. وقم بإعادة التزوّد بالدواء قبل 5 إلى 7 أيام من موعد انتهائه.

ما هو دواء الإنقاذ

أو دواء الإغاثة السريعة؟

تعمل أدوية الإنقاذ أو الإغاثة السريعة على فتح المجاري الهوائية بسرعة وتسهيل التنفس. استخدم هذه الأدوية لعلاج نوبات الربو. إنها تخفّف من الأعراض مثل ضيق النفس أو السعال أو ضيق الصدر أو أزيز الصدر. لن يساعد هذا الدواء في السيطرة على الربو.

ما هي محفزات الربو الشائعة؟

- التمارين الرياضية
- المرض أو نزلات البرد
- الغبار
- اللقاح الغباري
- المشاعر
- العفن أو العفن الفطري
- وبر الحيوانات
- بعض أنواع الطعام
- التبغ أو دخان الخشب
- الروائح القوية



MolinaHealthcare.com

هل لديك أسئلة تتعلق بالصحة؟

يُرجى الاتصال بخط استشارة المرشحات المتوفر على مدار الساعة. نحن هنا لمساعدتك.
للغة الإنكليزية: (888) 275-8750 للغة الإسبانية: (866) 648-3537 بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY/TTD): 711

توزّع هذه النشرة الإعلانية من قبل Molina Healthcare. وكل المواد الموجودة فيها هي للمعلومات فقط ولا تحل محل نصيحة مقدّم الخدمة. للحصول على هذه المعلومات بلغات أخرى وتنسيقات أخرى يمكن الوصول إليها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء (Member Services). يظهر هذا الرقم على الجهة الخلفية من البطاقة التعريفية للعضو الخاصة بك.



Your Extended Family.

خطة العمل الخاصة بي لمرض الربو

اسم المريض: _____ تاريخ الولادة: _____
اسم ولي الأمر/الوصي: _____ رقم الهاتف: _____
اسم مقدّم الخدمة: _____
عنوان مقدّم الخدمة: _____
رقم هاتف مقدّم الخدمة: _____

المنطقة الخضراء:

أشعر أنني بخير

- أتنفس بشكل جيد
- لا يوجد سعال أو أزيز
- يمكنني العمل واللعب

رقم قمة التدفق الخاصة بي
إلى _____
أفضل قمة تدفق خاصة بي:



أتناول هذه الأدوية كل يوم للسيطرة على الربو (دواء السيطرة على المرض):

الدواء الكمية: وقت تناول: تاريخ آخر عملية تزود: الحاجة إلى إعادة التزود في:

_____/_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____/_____

قبل ممارسة التمارين الرياضية، أتناول:

الدواء الكمية: وقت تناول: تاريخ آخر عملية تزود: الحاجة إلى إعادة التزود في:

_____/_____/_____/_____/_____/_____

المنطقة الصفراء:

لا أشعر أنني بخير

- أجد صعوبة في التنفس
- أستيقظ ليلاً
- يوجد سعال أو أزيز

رقم قمة التدفق الخاصة بي
إلى _____



بدء تناول دواء الإغاثة السريعة:

الدواء الكمية: وقت تناول: تاريخ آخر عملية تزود: الحاجة إلى إعادة التزود في:

_____/_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____/_____

الاستمرار في تناول دواء السيطرة على المرض

اتصل بطبيبك إذا لم تتحسن حالتك في غضون يومين.

المنطقة الحمراء: أشعر أنني

بحالة سيئة

- حتى الآن، الدواء لا يساعد
- أتنفس بصعوبة وبوتيرة سريعة
- لا أستطيع التحدث أو السير بشكل طبيعي

رقم قمة التدفق الخاصة بي
إلى _____



حالة طبية طارئة - احصل على المساعدة الآن!

ابدأ بتناول الدواء أدناه ثم اتصل بطبيبك على الفور.

الدواء الكمية: وقت تناول: تاريخ آخر عملية تزود: الحاجة إلى إعادة التزود في:

_____/_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____/_____

الاستمرار في تناول دواء السيطرة على المرض

استمر في تناول كل الأدوية المذكورة في المنطقة الصفراء (أعلاه). اتصل برقم الطوارئ 911 إذا كانت نوبة الربو شديدة ولا تتحسن.

للمدرسة/للتخيم/للرياضات:

عبر التوقيع، أسمح بـ (مقدّم الخدمة)/أقدم موافقتي على (ولي الأمر/الوصي) خطة عمل مرض الربو هذه. وأدرك أنه سيتم تنفيذ كل الإجراءات وفقاً لقوانين الدولة وأنظمتها. يجوز للطالب حمل أدوية الربو وتناولها بنفسه:

توقيع مقدّم الخدمة: _____ التاريخ: _____

أوافق على إعفاء قسم المدرسة/البرنامج وموظفي المدرسة/البرنامج من كل مطالبات المسؤولية إذا عانى طفلي أي مشاكل سيئة بسبب تناول أدوية الربو بنفسه.

توقيع المريض/ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____