

# Kê Hoạch Điều Trị Suyễn Massachusetts

|   |                  |                                    |
|---|------------------|------------------------------------|
| Tên Họ:   |                  | Ngày:                              |
| Ngày sinh:  | Tên bác sĩ/y tá: | Số điện thoại của bác sĩ/y tá:     |
| Mục tiêu điều trị của bệnh nhân:  |                  | Tên điện thoại của cha mẹ giám hộ: |
| Điều quan trọng! Tránh nũng nịu làm bệnh suyễn của bạn thêm trầm trọng: |                  |                                    |

Các màu của đèn giao thông sẽ giúp bạn trong việc dùng thuốc.



**MÀU XANH** nghĩa là Bình Thường! Dùng thuốc cầm suyễn như thường.

**MÀU VÀNG** nghĩa là Nên Cảnh Thận! Dùng thêm thuốc cầm suyễn nhanh chóng.

**MÀU ĐỎ** nghĩa là Nguy Hiểm! Đến gặp bác sĩ để được giúp đỡ.

Khí Lượng Cao Điểm Khá Nhất: \_\_\_\_\_

| <b>BÌNH THƯỜNG - Sức Khỏe Tốt!</b>   |                       | <b>Dùng các loại thuốc cầm suyễn hàng ngày sau đây:</b> |                   |   |
|--|-----------------------|---|-------------------|---|
| <b>Bạn có tất cả các triệu chứng dưới đây:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hít thở tốt</li> <li>Không ho hoặc khò khè</li> <li>Ngủ thẳng giấc qua đêm</li> <li>Có thể đi học và chơi</li> </ul> | Khí lượng cao điểm từ | <b>THUỐC/CÁCH DÙNG</b>                                  | <b>LIỀU THUỐC</b> | <b>UỐNG BAO NHIÊU LẦN MỘT LẦN/KHI NÀO</b> |
|  | <input type="text"/>  |   |                   |   |
|  | đến                   |   |                   |   |
| <input type="text"/>   |                       |   |                   |   |

| <b>CẢNH THẬN - Từ Từ!</b>  |                       | <b>Tiếp tục dùng thuốc như vùng màu xanh và thêm:</b> |                   |   |
|--|-----------------------|---|-------------------|---|
| <b>Bạn có bất cứ một triệu chứng nào dưới đây:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Triệu chứng ban đầu của cảm lạnh</li> <li>Ho</li> <li>khò khè ít</li> <li>Tức ngực</li> <li>Ho, khò khè, hoặc khò thở lúc ban đêm</li> </ul> | Khí lượng cao điểm từ | <b>THUỐC/CÁCH DÙNG</b>                                | <b>LIỀU THUỐC</b> | <b>UỐNG BAO NHIÊU LẦN MỘT LẦN/KHI NÀO</b> |
|  | <input type="text"/>  |   |                   |   |
|  | đến                   |   |                   |   |
| <input type="text"/>   |                       |   |                   |   |

GỌI CHO BÁC SĨ/Y TÁ CỦA BẠN: \_\_\_\_\_

| <b>NGUY HIỂM - Cầu Cứu!</b>  |                       | <b>Dùng các thứ thuốc sau đây và gọi cho bác sĩ ngay:</b> |                   |   |
|--|-----------------------|---|-------------------|---|
| <b>Bệnh suyễn của bạn nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thuốc không có tác dụng</li> <li>Hít thở khó và nhanh</li> <li>Lở mũi mở to</li> <li>Để lộ xương sườn</li> <li>Nói chuyện khó khăn</li> </ul> | Khí lượng cao điểm từ | <b>THUỐC/CÁCH DÙNG</b>                                    | <b>LIỀU THUỐC</b> | <b>UỐNG BAO NHIÊU LẦN MỘT LẦN/KHI NÀO</b> |
|  | <input type="text"/>  |   |                   |   |
|  | đến                   |   |                   |   |
| <input type="text"/>   |                       |   |                   |   |

**TÌM ĐẾN MỘT BÁC SĨ NGAY LẬP TỨC!** Đừng sợ làm phiền. Bác sĩ của bạn muốn chữa cho bạn ngay tức khắc. Đây là điều quan trọng! Nếu bạn không gặp được bác sĩ riêng của mình thì đến thẳng phòng cấp cứu và mang theo bản kế hoạch điều trị này. **KHÔNG ĐƯỢC CHẦN CHỪ.**

Làm hẹn để gặp bác sĩ / y tá của bạn trong vòng hai ngày sau khi đến phòng cấp cứu hoặc nằm bệnh viện.

Chữ ký của Bác sĩ/NP/PA \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tôi cho phép y tá của nhà trường và bác sĩ/NP/PA hay \_\_\_\_\_ của con tôi trao đổi thông tin với nhau về bệnh suyễn của con tôi.

Chữ ký của Cha/Mẹ/Người Giám Hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

— SEE BACK OF SCHOOL COPY FOR STUDENT MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION —

— IMPORTANT INSTRUCTIONS: SEPARATE THIS PAGE BEFORE WRITING —

**Ủy quyền cho dùng thuốc trong trường:**

(Consent for administration of medication in school:)

Tôi cho phép y tá nhà trường hoặc nhân viên nhà trường được chỉ định bởi vị y tá ấy cho dùng thuốc được kê toa như ở mặt sau của trang này.

Chữ ký của Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ \_\_\_\_\_ NGÀY \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

**Ủy quyền cho học sinh tự dùng thuốc trong trường:**

(Authorization for student self-administration of medication in school:)

Tôi đã hướng dẫn học sinh này dùng thuốc đúng cách. Thuốc được cho dùng phải phù hợp với nội quy nhà trường và một kế hoạch điều trị phải được cùng vạch ra với người y tá của trường chiếu theo Các Quy Định Tiểu Bang Massachusetts Về Việc Dùng Thuốc Theo Toa Bác Sĩ Trong Các Trường Công Lập và Trường Tư (105 CMR 210.000), như được in dưới đây. Các bản dịch của quy định này có thể xin được từ Sở Y Tế Công Cộng Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health) tại địa chỉ là 250 Washington Street, Boston, MA 02118. Đây là nhận xét trong nghề của tôi, rằng học sinh này có thể tự dùng thuốc và có thể được phép mang thuốc theo bên mình để tự dùng.

**Ý KIẾN / CHỈ DẪN ĐẶC BIỆT:**

(Comments/special instructions:)

**CHỮ KÝ (Signatures)**

**NGÀY**

Bác sĩ / Y tá của học sinh \_\_\_\_\_  
Student's Doctor/Nurse

Cha mẹ / Người giám hộ \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian

Kế hoạch điều trị được hoàn thành \_\_\_\_\_  
Medication administration plan completed

Được sự đồng ý của Y tá trường \_\_\_\_\_  
School nurse's approval

**Listed below are regulations governing the self-administration of prescription medication 105 CMR 210.006**

- (A) Consistent with school policy, students may self-administer prescription medication provided that certain conditions are met. For the purposes of 105 CMR 210.000, "self-administration" shall mean that the student is able to consume or apply prescription medication in the manner directed by the licensed prescriber, without additional assistance or direction.
- (B) The school nurse may permit self-medication of prescription medication by a student provided that the following requirements are met:
  - (1) the student, school nurse and parent/guardian, where appropriate, enter into an agreement which specifies the conditions under which prescription medication may be self-administered;
  - (2) the school nurse, as appropriate, develops a medication administration plan (105 CMR 210.005 (E)) which contains only those elements necessary to ensure safe self-administration of prescription medication;
  - (3) the school nurse evaluates the student's health status and abilities and deems self-administration safe and appropriate. As necessary, the school nurse shall observe initial self-administration of prescription medication;
  - (4) the school nurse is reasonably assured that the student is able to identify the appropriate prescription medication, knows the frequency and time of day for which the prescription medication is ordered, and follows the school self-administration protocols;
  - (5) there is written authorization from the student's parent or guardian that the student may self-medicate, unless the student has consented to treatment under M.G.L. c. 112, § 12F or other authority permitting the student to consent to medical treatment without parental permission;
  - (6) if requested by the school nurse, the licensed prescriber provides a written order for self-administration;
  - (7) the student follows a procedure for documentation of self-administration of prescription medication;
  - (8) the school nurse establishes a policy for the safe storage of self-administered prescription medication and, as necessary, consults with teachers, the student and parent/guardian, if appropriate, to determine a safe place for storing the prescription medication for the individual student, while providing for accessibility if the student's health needs require it. This information shall be included in the medication administration plan. In the case of an inhaler or other preventive or emergency medication, whenever possible, a backup supply of the prescription medication shall be kept in the health room or a second readily available location;
  - (9) the school nurse develops and implements a plan to monitor the student's self-administration, based on the student's abilities and health status. Monitoring may include teaching the student the correct way of taking the prescription medication, reminding the student to take the prescription medication, visual observation to ensure compliance, recording that the prescription medication was taken, and notifying the parent, guardian or licensed prescriber of any side effects, variation from the plan, or the student's refusal or failure to take the prescription medication;
  - (10) with parental/guardian and student permission, as appropriate, the school nurse may inform appropriate teachers and administrators that the student is self-administering a prescription medication.