Mój plan leczenia POChP

Plan do wypełnienia wspólnie z moim lekarzem

Moje imię i nazwisko: Data:

Mój adres:

Nazwisko mojego lekarza lub nazwa przychodni:

Nr telefonu mojego lekarza lub przychodni:

Osoba, z którą należy się skontaktować w nagłych przypadkach (członek rodziny lub przyjaciel, do którego można zadzwonić):

(Nazwisko) (Nr telefonu)

Nr telefonu **Your Healthcare Plus:** 1-800-973-6792

Aby poczuć się lepiej i łatwiej oddychać powinienem:

1. Zażywać lekarstwo ułatwiające oddychanie w inhalatorze

_____ co _____ puffs every _____ godzin
(Nazwa lekarstwa w inhalatorze) (liczba)

_____ co _____ puffs every _____ godzin
(Nazwa lekarstwa w inhalatorze) (liczba)

_____ co _____ puffs every _____ godzin
(Nazwa lekarstwa w inhalatorze) (liczba)

2. Jeśli jestem palaczem, powinienem rzucić palenie przed: _____ (data)

Aby rzucić palenie: _____

3. Powinienem używać tlenu przez _____ godzin dziennie. Ustawić tlen na _____ litrów/minutę.

4. Powinienem ćwiczyć oddychanie przez _____ minut _____ razy dziennie.

5. Powinienem zgłaszać się do lekarza lub przychodni co _____

Na wszystkie wizyty u lekarza lub w przychodni powinienem zabierać moje inhalatory/inhalator: ❑ Tak ❑ Nie

6. Każdej jesieni powinienem zaszczepić się przeciwko grypie: ❑ Tak ❑ Nie

7. Powinienem być aktywny fizycznie (rodzaj aktywności, ćwiczenia) przez _____
(type of exercise)

minut _____ razy dziennie.

8. Powinienem natychmiast zadzwonić do lekarza lub przychodni jeśli:

- Oddychanie staje się trudniejsze: ❑ Tak ❑ Nie
- Plwociny stają się gęstsze ❑ Tak ❑ Nie
- Pojawia się więcej plwocin: ❑ Tak ❑ Nie
- Zmienia się kolor plwocin (ciemnieją): ❑ Tak ❑ Nie
- Zaostrza się kaszel: ❑ Tak ❑ Nie
- Mam gorączkę (mam uczucie gorąca lub źle się czuję): ❑ Tak ❑ Nie

(ODWRÓĆ)

Your Healthcare Plus™

Extra help for better health

a free benefit of

ILLINOIS DEPARTMENT OF Healthcare and Family Services

©2007 McKesson Health Solutions LLC.
Your Healthcare Plus™ is a trademark of the State of Illinois.
Printed by authority of the State of Illinois.
ILCPDAPPOL_0807

Plan leczenia POChP

(c.d. z odwrotnej strony)

Inne lekarstwa:

Nazwa lekarstwa	Jaką dawkę powinienem zażywać?	Jak często powinienem zażywać to lekarstwo?	To lekarstwo na

Zaszczepiłem się przeciwko zapaleniu płuc: ❑ Tak ❑ Nie

Poddałem się badaniu oddychania (spirometrii): ❑ Tak ❑ Nie

Poddałem się tuberkulinowej próbie skórnej: ❑ Tak ❑ Nie

Rozmawiałem na temat „Deklaracji pacjenta na przyszłość" z moją rodziną i lekarzem/przychodnią: ❑ Tak ❑ Nie

Moje ciśnienie krwi:

Data:									
Wynik:									

Waga/Pożywienie:

Mogę dodawać soli do jedzenia lub jeść słone potrawy takie jak bekon, kiełbasę, zupy z puszki? ❑ Tak ❑ Nie

Mogę jeść tłuste mięso, skórę kurczaka, smalec, masło, potrawy smażone, „fast food"? ❑ Tak ❑ Nie

Mogę jeść pomiędzy posiłkami przekąski takie jak owoce, masło orzechowe, krakersy, mleko? ❑ Tak ❑ Nie

Czy powinienem się odchudzić? ❑ Tak ❑ Nie

Czy powinienem przybrać na wadze? ❑ Tak ❑ Nie

Inne wskazówki:

Powinienem wezwać natychmiastową pomoc jeśli:

Mam kłopoty z mówieniem: ❑ Tak ❑ Nie

Serce bije szybko lub mam przyspieszony puls ❑ Tak ❑ Nie

Mam kłopoty z chodzeniem: ❑ Tak ❑ Nie

Usta lub skóra pod paznokciami przybiera barwę szarą lub niebieską: ❑ Tak ❑ Nie

Moje lekarstwo ułatwiające oddychanie nie pomaga przez długi czas lub w ogóle nie pomaga: ❑ Tak ❑ Nie

Nawet po zażyciu lekarstwa mój oddech jest szybki i ciężki: ❑ Tak ❑ Nie