

Мои фамилия и имя _____ Дата: _____

Фамилия и имя моего врача: _____ Телефон: _____

Контактное лицо для экстренной связи: _____ Телефон: _____

Заполните указанные ниже данные. На прием к врачу возьмите все лекарства и ингаляторы, а также заполненный список препаратов. Оцените свою способность выполнять описанные действия в обычный день зеленой зоны. Проставьте галочки в каждом столбце. В последнем (пустом) столбце напишите действие, которое вы бы снова хотели совершать. Поставьте под ним галочку в соответствующей строке с учетом того, насколько сложно вам выполнять это действие сейчас. Покажите эту цель членам своей семьи и своей медицинской бригаде.

	УБОРКА	ЗАПРАВКА КРОВАТИ	ЧИСТКА ЗУБОВ	ПРИНЯТИЕ ВАННЫ/ДУША	ХОДЬБА	ПОДЪЕМ ПО ЛЕСТНИЦЕ	РАБОТА	СОН	ВЫПОЛНЕНИЕ УПРАЖНЕНИЙ	ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПИЩИ	
Я могу это сделать											
Я могу это сделать с некоторыми ограничениями											
Я изо всех сил пытаюсь это сделать											
Я не могу это сделать											

Рекомендации: заполните данные этого раздела о лекарственных препаратах, которые следует применять в дни желтой и красной зоны, вместе со своим врачом.

Дни зеленой зоны

Обычный день

- ☐ Мое дыхание в норме
- ☐ Обычный кашель и состояние мокроты
- ☐ Мой сон в норме
- ☐ Мой аппетит в норме
- ☐ Мой уровень активности в норме

Меры, которые следует принять

- ☐ Я буду принимать все назначенные мне лекарства
- ☐ Я пойду на плановый прием к врачу
- ☐ Я буду использовать рекомендованное кислородное оборудование
- ☐ Я буду регулярно питаться и выполнять упражнения
- ☐ Я не буду гулять в дни с загрязненным воздухом и вдыхать раздражающие вещества
- ☐ Я буду корректировать «Мой план действий при ХОБЛ» каждые 6 месяцев

Дни желтой зоны

Тяжелый день для меня

- ☐ У меня субфебрильная температура, которая не падает
- ☐ Я чаще использую препараты неотложной терапии, которые не приносят облегчения
- ☐ Изменился цвет, плотность, запах или количество мокроты
- ☐ Я устаю больше, чем обычно, или у меня проблемы со сном
- ☐ У меня появилась или усилилась отеочность лодыжек
- ☐ У меня ощущение большей нехватки воздуха, чем обычно
- ☐ Мне кажется, что я простудился(-лась)

Меры, которые следует принять

- ☐ Я ограничу активность и буду дышать через сжатые губы
- ☐ Я буду регулярно принимать все назначенные мне лекарства
- ☐ Сегодня я сообщу об этих изменениях своему врачу
- ☐ Я начну принимать специальные препараты*, назначенные врачом, в том числе:

Дни красной зоны

Тяжелый день, в который мне срочно нужна помощь

- ☐ У меня дезориентация, растерянность или нарушения речи
- ☐ У меня сильная одышка или боль в груди
- ☐ У меня синеют губы или пальцы
- ☐ Я кашляю кровью

Меры, которые следует принять

- ☐ Я немедленно позвоню по номеру 911
- ☐ Я начну принимать специальные препараты*:

*Если в течение суток после приема специальных препаратов симптомы не прошли, обратитесь к врачу. Содержание «Моего плана действий при ХОБЛ» носит исключительно справочный характер и не заменяет консультации, диагностики или лечения под наблюдением медицинского специалиста.

«Мой план действий при ХОБЛ» можно использовать ежедневно. Рекомендуем обновлять его каждые 6 месяцев.

Следующее изменение _____