

我的姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
 我的医生的姓名: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_  
 紧急联系人: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

请填写以下部分。到医生诊室就诊时请携带您的所有药物，吸入器，和一张列齐全部您服用的药物的名单。回想一下在有代表性的“绿色”日您做这些活动时能力。在每一栏打勾。在最后一栏（空栏），写下您希望能够再进行的的活动。在下面的方框打勾，以指出您现在做这项活动的困难程度。与您的医疗护理团队和家人分享该目标。

	清洁	整理床铺	刷牙	洗浴/淋浴	步行	爬楼梯	工作	睡眠	运动	烹饪	
我能做到											
我能做到，但稍有限制											
我要挣扎才做到											
我无法做到											

说明: 与您的医生一起填写这一部分关于您需要在“黄色”和“红色”日服用的特殊药物

## 我的绿色日

### 我正常的一天

- ☐ 我的呼吸正常
- ☐ 我的咳嗽和痰液正常
- ☐ 我的睡眠正常
- ☐ 我的饮食和食欲正常
- ☐ 我的活动强度正常

### 采取行动

- ☐ 我将按医生的指示服用所有药物
- ☐ 我将按时看医生作例行复诊
- ☐ 我将按医生的指示使用氧气
- ☐ 我将按时运动和进食
- ☐ 我将避免全部有刺激性的吸入物品和空气污染日
- ☐ 我将每 6 个月更新“我的 COPD 行动计划”

## 我的黄色日

### 我坏的一天

- ☐ 我发低烧不退
- ☐ 我增加使用救援药物，但没有得到缓解
- ☐ 我痰液的颜色、浓度、气味或分量有变化
- ☐ 我比平时更累或难以入睡
- ☐ 我有新发或更严重的踝关节肿胀
- ☐ 我比平时更容易气喘
- ☐ 我感觉患上了感冒

### 采取行动

- ☐ 我将限制我的活动并使用抿嘴式呼吸
- ☐ 我将按医生的指示服用日常的药物
- ☐ 我今天将向我的医生报告这些变化
- ☐ 我将开始服用与医生事先安排的特殊药物\*，其中包括：

## 我的红色日

### 坏的一天：我立刻需要帮助

- ☐ 我有神志不清，迷乱或说话含糊不清
- ☐ 我有严重的气促或胸痛
- ☐ 我的嘴唇或手指周围变蓝色
- ☐ 我正在咳出血

### 采取行动

- ☐ 我立即打 911
- ☐ 我将开始服用这些特殊药物\*：

\*如果服用特殊药物后一天内症状仍未改善，请咨询您的医生。“我的 COPD 行动计划”的内容仅供参考，不是有意代替专业医疗建议、诊断或治疗。

“我的 COPD 行动计划”可以每天使用，而且应每 6 个月更新一次。  
下次更新 \_\_\_\_\_