

Instruções a Pais e Pacientes relativas ao Plano de Tratamento de Asma



O Plano de Tratamento de Asma da PACNJ é desenhado para ajudar cada paciente a atingir a meta de controle da asma.

1. Pacientes, Pais ou Responsáveis: Antes de levar este formulário ao seu médico:

Preencher a seção superior esquerda com:

- Nome do paciente
- Nome e telefone do pai ou responsável
- Data de nascimento do paciente
- Nome e telefone de pessoa para contato em caso de emergência
- Nome e telefone do médico do paciente

2. O médico:

Preencherá os seguintes campos:

- Data de vigência deste plano
- Informações relativas a medicamentos nas seções Saúde, Cuidado e Emergência
- O médico deverá assinalar os medicamentos e assinalar a quantidade e a frequência de uso
- O médico poderá assinalar "**OUTROS**" e:
 - ❖ **Acrescentar medicamentos para asma que não constem do formulário**
 - ❖ **Acrescentar outros medicamentos que controlarão sua asma**
 - ❖ **Acrescentar medicamentos genéricos que substituam os nomes comerciais mencionados no formulário**
- Juntos, você e o médico decidirão qual o melhor tratamento de asma para você e seu filho

3. Pacientes, Pais, Responsáveis e Médicos juntos:

Discutir e depois preencher os seguintes campos:

- Amplitude do pico de fluxo expiratório do paciente nas seções Saudável, Cuidado e Emergência no lado esquerdo do formulário
- Provocadores da asma do paciente no lado direito do formulário
- Seção Menores de Idade no final do formulário: Discutir a capacidade de seu filho de se auto-administrar medicamentos inalados, assinalar o item apropriado e depois você e o médico devem assinar e datar o formulário

4. Pais/Responsáveis: Depois de preencher o formulário com o médico:

- Fazer cópias do Plano de Tratamento de Asma e entregar o original assinado na escola e às pessoas responsáveis pelos cuidados do seu filho
- Manter uma cópia em lugar de fácil acesso da sua casa para ajudar na administração da asma do seu filho
- Distribuir cópias do Plano de Tratamento de Asma a todas as pessoas que cuidam do seu filho, por exemplo: babás, pessoas do programa antes/depois da escola, técnicos esportivos, líderes escoteiros

Este Plano de Tratamento de Asma pretende auxiliar, e não substituir decisões médicas para atender às necessidades individuais do paciente. A lista não engloba todos os medicamentos contra asma e não inclui os genéricos.

Termos de Isenção de Responsabilidade:

O uso deste Plano de Tratamento de Asma da PACNJ/Site e seu conteúdo é por sua própria conta e risco. O conteúdo é fornecido na condição em que se encontra. A *American Lung Association of the Mid-Atlantic* (ALAM-A) (Associação Americana do Pulmão do Meio-Atlântico), a *Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey* e suas afiliadas renunciam todas as garantias, expressas ou implícitas, legais ou de qualquer outro tipo, incluindo, entre outras, as garantias ou comerciabilidade implícitas, não-violação de direitos de terceiros e adaptação a propósito particular.

A ALAM-A não declara nem garante nada sobre a exatidão, confiabilidade, integridade, aceitação geral ou pontualidade do conteúdo. A ALAM-A não declara nem garante que as informações não sofrerão interrupções ou que sejam isentas de erro ou que defeitos podem ser corrigidos.

Em nenhuma hipótese a ALAM-A será responsável por prejuízos (inclusive, entre outros, danos incidentais e indiretos, lesão corporal/morte acidental, lucros cessantes ou danos decorrentes de interrupção de dados ou negócio) decorrentes de uso ou incapacidade de uso do conteúdo deste Plano de Tratamento de Asma, seja com base em garantia, contrato, ato ilícito ou qualquer outra teoria jurídica, sendo ou não a ALAM-A avisada da possibilidade desses danos. A ALAM-A e suas afiliadas não são responsáveis por nenhuma reivindicação, seja qual for, decorrente de seu uso ou mau uso do Plano de Tratamento de Asma, nem deste site.

Plano de Tratamento de Asma

(Este plano de ação contra asma atende à Lei N.J.S.A.18A:40-12.8) (Instruções do Médico)

**The Pediatric/Adult
Asthma Coalition
of New Jersey**

"Your Pathway to Asthma Control"
PACNJ approved Plan available at
www.pacnj.org

Patrocinado pela:

**AMERICAN
LUNG
ASSOCIATION**
IN NEW JERSEY

**NEW JERSEY
DEPARTMENT
OF HEALTH
SENIOR SERVICES**



Portuguese

(Imprimir)

Nome	Data de Nascimento	Data de Vigência
Médico	Pais/Responsável (se aplicável)	Contato de Emergência
Telefone	Telefone	Telefone

SAUDÁVEL



Você tem **tudo isso** :

- Respiração normal
- Ausência de tosse ou respiração ofegante
- Dorme a noite toda
- Pode trabalhar, exercitar-se e brincar

e/ou Pico de fluxo expiratório acima de _____

Tomar o (s) medicamento(s) diariamente. Alguns inaladores dosimetrados podem ser mais eficientes se usados com "câmara de inalação" – use-o se assim for instruído.

MEDICAMENTO	QUANTO TOMAR e COM QUE FREQUÊNCIA
<input type="checkbox"/> Advair® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inalação 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 jatos do inalador dosimetrado 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 jatos do inalador dosimetrado 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1 ou <input type="checkbox"/> 2 inalações <input type="checkbox"/> 1x ou <input type="checkbox"/> 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 jatos do inalador dosimetrado 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 inalação 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1 ou <input type="checkbox"/> 2 inalações <input type="checkbox"/> 1x ou <input type="checkbox"/> 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 dose do nebulizador <input type="checkbox"/> 1x ou <input type="checkbox"/> 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 jatos do inalador dosimetrado 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Singulair <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 comprimido ao dia
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 jatos do inalador dosimetrado 2x ao dia
<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Nenhum	

Lembre-se de enxaguar a boca após a inalação do medicamento.

Se o exercício físico desencadear crise de asma, tomar este medicamento _____ minutos antes do exercício.

CUIDADO



Se você tiver **qualquer um** desses fatores:

- Exposição a agravantes conhecidos
- Tosse
- Sibilância (chiado) discreta
- Aperto no peito
- Tosse noturna
- Outros: _____

E/ou Pico de fluxo expiratório de _____ a _____

Continue com o(s) medicamento(s) diariamente e acrescente medicamento(s) de ação rápida.

MEDICAMENTO	QUANTO TOMAR e COM QUE FREQUÊNCIA
<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unid. de nebulizador a cada 4 hs enquanto necessário
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unid. de nebulizador a cada 4 hs enquanto necessário
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 jatos do inalador dosimetrado a cada 4 hs enquanto necessário
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 jatos do inalador dosimetrado a cada 4 hs enquanto necessário
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unid. de nebulizador a cada 4 hs enquanto necessário
<input type="checkbox"/> Aumentar a dose ou acrescentar:	
<input type="checkbox"/> Outros	

➡ Se o medicamento de ação rápida for necessário mais de duas vezes por semana, exceto antes de exercício físico, ligue para o médico.

EMERGÊNCIA



Sua crise está piorando rapidamente:

- O medicamento de ação rápida não fez efeito em 15 ou 20 minutos
- A respiração está difícil e rápida
- As narinas estão dilatadas
- As costelas estão aparentes
- Problemas para caminhar e falar
- Lábios azulados • Unhas azuladas

e/ou Pico de fluxo expiratório abaixo de _____

Tome esses medicamentos AGORA e ligue para 911.

A asma pode ser uma doença potencialmente fatal. Não espere!

<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 dose do nebulizador a cada 20 min.
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 dose do nebulizador a cada 20 min
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 jatos do inalador dosimetrado a cada 20 min.
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 jatos do inalador dosimetrado a cada 20 min.
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 dose do nebulizador a cada 20 min.
<input type="checkbox"/> Outros	

Provocadores Assinalar todos os itens que provocam a asma do paciente:

- Pó de giz
- Fumaça de cigarro e fumo passivo
- Resfriados e gripe
- Ácaros, pó, animais de pelúcia, carpete
- Exercício físico
- Mofo
- Dias de alerta de ozônio
- Pragas – roedores e baratas
- Pêlos de animais de estimação
- Plantas, flores, grama cortada, pólen
- Odores fortes, perfumes, produtos de limpeza, produtos aromatizados
- Mudança brusca de temperatura
- Fumaça de madeira
- Alimentos:

Outros:

Este plano de tratamento de asma pretende auxiliar, e não substituir decisões médicas para atender às necessidades individuais do paciente.

A New Jersey Pediatric/Adult Asthma Coalition, patrocinada pela New Jersey American Lung Association, e esta publicação são patrocinadas por subvenção do New Jersey Department of Health and Senior Services (NJHSS), com recursos provenientes dos U.S. Centers for Disease Control and Prevention (USCDCP) nos termos do Acordo de Cooperação 5US9EH000206-2. Seus conteúdos são de exclusiva responsabilidade destes autores e não representam necessariamente a posição oficial do NJHSS ou dos USCDCP.

REVISADO EM MAIO DE 2009
Permissão para reproduzir o formulário em branco Aprovada pela
www.pacnj.org

PARA MENORES DE IDADE:

- Este aluno está capacitado e foi instruído quanto ao uso do método adequado de auto-administração de medicamentos inalados não-nebulizados mencionados acima em conformidade com a Lei de Nova Jersey.
- Este aluno não tem autorização para se automedicar.

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO(A) _____ DATA _____

ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL _____

CARIMBO DO MÉDICO

Faça uma cópia para o paciente e para o arquivo do médico. No caso de crianças menores de 18 anos, envie o original para a escola e para as pessoas responsáveis por seus cuidados.