

Plano sa Paggamot ng Hika/Tagubilin para sa mga Pasyente/Magulang



Ang **Plano sa Paggagamot ng Hika ng PACNJ** ay dinisenyo para matulungan ang lahat para maintindihan ang mga hakbang na kinakailangan para sa isang indibidwal na pasyente upang makamtan ang naisin sa pagpigil ng hika.

1. Mga Pasyente/Magulang/Tagapag-alaga: *Bago dalhin ang pormularyo na ito sa inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider:*

Kumpletuhin ang kaliwang itaas na bahagi ng:

- Pangalan ng Pasyente
- Numero ng telepono at pangalan ng mga magulang/tagapag-alaga
- Petsa ng kapanakan ng pasyente
- Numero ng telepono at pangalan ng taong maaaring matawagan sa oras ng emergency o panahon ng kagipitan
- Numero ng telepono at pangalan ng doktor ng pasyente.

2. Ang inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider ay:

Kukumpletuhin ang mga sumusunod na bahagi:

- Ang petsa ng bisa ng planong ito.
- Ang impormasyong ukol sa gamot para sa Malusog, Babala at Emergency na bahagi.
- Ang inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider ay maglalagay ng tsek sa kahon na katabi ng gamot at maglalagay ng tsek kung gaano kadami at gaano kadalas ang pag inom nito.
- Ang inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider ay maaaring maglagay ng tsek sa **"IBA" at:**
 - ❖ **Isulat ang gamot panghika na hindi nakalista sa pormularyo.**
 - ❖ **Isulat ang karagdagang gamot na makakapigil sa inyong hika.**
 - ❖ **Isulat ang pangalan ng mga "generic" na gamot kapalit ng gamot na may tatak sa pormularyo**
- Magkasama, ikaw at ang inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider ang magpapasya kung anong panggagamot ang pinakamagandang sundan para sa inyo at sa inyong anak

3. Pasyente/Magulang/Tagapag-alaga at Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider Magkasama:

Pag-usapan at pagkatapos ay kumpletuhin ang mga sumusunod na bahagi:

- Agwat ng peak flow ng pasyente sa Malusog, Babala at Emergency na bahagi sa kaliwang bahagi ng pormularyo
- Mga nagdudulot ng hika sa pasyente sa kanang bahagi ng pormularyo
- **Para sa Mga Menor De Edad** Lamang na bahagi sa baba ng pormularyo: Pag-usapan ang kakayahan ng inyong anak na sariling pangasiwaan ang panggagamot gamit ang mga nilalanghap na gamot, lagyan ng tsek ang akhang kahon, at pagkatapos ikaw at ang inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider ay kailangang pumirma at lagyan ng petsa ang pormularyo.

4. Mga Magulang/Tagapag-alaga: *Matapos kumpletuhin ang pormularyo kasama ng inyong Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan o Health Care Provider:*

- Gumawa ng mga kopya ng Plano sa Paggagamot sa Hika at ibigay ang pirmadong orihinal sa nars sa eskwelahan ng inyong anak o tagapagbigay pangangalaga sa inyong anak.
- Magtago ng kopya na madaling makita sa tahanan para makatulong sa pangangasiwa ng hika ng inyong anak
- Magbigay ng kopya ng Plano sa Paggagamot sa Hika sa lahat ng nangangalaga sa inyong anak, halimbawa: mga yaya, mga tauhan sa mga programa ng eskuwelahan bago/pagkatapos ng klase, mga coach, mga scout lider.

Itong Plano ng Paggamot sa Hika ay para maalalayan, at hindi palitan, ang kinakailangang paggawa ng desisyong pangklinikal upang makamit ang pangangailangan ng indibidwal na pasyente. Hindi lahat ng mga gamot sa hika ay nakalista at ang mga pangalan sa generic na gamot ay hindi nakalista.

Mga Pagtatatuwa:

Ang paggamit nitong Website /PACNJ Plano sa Paggagamot sa Hika at ang nilalaman nito ay nasa sa inyong sariling pagpapasiya. Ang nilalaman ng planong ito ay dapat tanggapan lamang ng kung ano ang isinasaad. Ang American Lung Association ng Mid-Atlantic (ALAM-A), ang Samahan ng Pediatric/Adult Asthma ng New Jersey at lahat ng kasapi ay nagtatatuwa sa lahat ng katiyakan, naihayag o naipahiwatig, may kinalaman man sa batas o wala, kasama na ang pero hindi limitado sa naipahiwatig na katiyakan o sa pangangalakal, o hindi paglabag sa mga karapatan ng ikatlong partido, at kaangkupan para sa partikular na layunin

Ang ALAM-A ay hindi gumagawa ng paglalarawan o pagtitiyak sa kawalang kamalian, pagkamamaasahan, kakumpletuhan, pangkasalukuyan o kaakmaan ng nilalaman. Ang ALAM-A ay hindi gumagawa ng pagtitiyak, paglalarawan o garantiya na ang impormasyon ay hindi magagambala o walang kamalian o na anumang sira ay maitatama.

Hindi sa anumang pagkakataon na ang ALAM-A ay mananagot sa mga pinsala (kasama na, walang limitasyon, hindi inaasahang pangyayari o nagkataong mga pinsala, personal na kapinsalaan/labag sa batas na pagkakamatay, kawalan ng kita, o pagkapinsala na nagreresulta mula sa pagkagambala ng mga datos o ng negosyo) na nagreresulta mula sa paggamit o walang kakayahang paggamit sa nilalaman ng Plano sa Paggagamot sa Hika kung ito man ay batay sa pagtitiyak, kontrata, masamang kagagawang nagdulot ng pinsala o anumang ligal na teoriya, at sa kung abisuhan man o hindi ang ALAM-A sa posibilidad ng mga gayung pinsala. Ang ALAM-A at ang mga kasapi nito ay walang pananagutan sa anumang paghahabol, kahit na ano pa, na sanhi ng inyong paggamit o maling paggamit ng Plano sa Paggagamot sa Hika, o kahit na ng website na ito.

Ang Samahan ng Pediatric/Adult Asthma ng New Jersey, na itinataguyod ng American Lung Association ng New Jersey, at ng lathalaing ito ay suportado ng isang pondo mula sa Kagawaran ng Kalusugan ng New Jersey at ng Serbisyo para sa mga Matatanda (Senior Services) (NJHSS), na may mga pondo galing sa U.S. Center for Disease Control and Prevention (USCDCP) sa ilalim ng Kasunduang Pangkooperatiba 5U59EH000206-2. Ang mga nilalaman nito ay pansariling responsibilidad ng mga may akda at hindi nangangahulugang opisyal na pananaw ng NJHSS o ng USCDCP. Bagamat ang dokumentong ito ay pininodohan ng buo o ng kabahagi lamang ng Ahensya sa Pangangalaga sa Kapaligiran ng Estados Unidos (United States Environmental Protection Agency) sa ilalim ng kasunduang XA97256707-1, XA98284401-3 at XA97250908-0 para sa American Lung Association ng New Jersey, ito'y hindi pa dumaan sa proseso ng Ahensya sa paglilinaang at pagrerepaso kaya't samakatuwid ito ay maaaring hindi nangangahulugang sumasalamin sa pananaw ng Ahensya at walang opisyal na pag-iindorso ang dapat ipagpalagay. Ang impormasyon sa lathalaing ito ay hindi para masuri ang problema sa kalusugan o para maging kapalit ng payong medikal. Para sa hika o anumang kalagayang medikal, humingi ng payong medikal mula sa inyong propesyunal na tagapangalaga ng kalusugan o health care professional o ng inyong anak.

Plano sa Paggagamot ng Hika

(Ang plano sa pagkilos sa hika ay pasado sa Batas NJ Law N.J.S.A 18A:40-12.8)

(Kautusan ng Manggagamot)

(Paki-imbago)

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey
 "Your Pathway to Asthma Control"
 PACNJ approved Plan available at www.pacnj.org

Pagtataguyod ng
AMERICAN LUNG ASSOCIATION
 IN NEW JERSEY



Tagalog

Pangalan		Petsa ng Kapanganakan	Petsa ng Bisa
Doktor	Magulang/Tagapag-alaga (kung akma)		Taong Maaaring matawagan sa panahon ng kagipitan
Telepono	Telepono		Telepono

MALUSOG



Mayroon ka ng lahat ng mga ito:

- Maganda ang paghinga
- Walang ubo o paghuni
- Nakakatulog ng maigi sa gabi
- Nakakapagtrabaho, nakakapag-ehersisyo, at nakakapaglaro

Uminom ng arawang gamot. May mga ilang metered dose inhalers (MDI) na mangyaring mas epektibo kung ginagamit ng may agwat - gamitin kapag inutos

GAMOT	GAANO KADAMI ang gagamitin at GAANO KADALAS ang paggamit
<input type="checkbox"/> Advair® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 pagpapausok dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 buga MDI dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 buga MDI dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 pagpapausok <input type="checkbox"/> isa o <input type="checkbox"/> dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 buga MDI dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 pagpapausok dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 pagpapausok <input type="checkbox"/> isa o <input type="checkbox"/> dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 yunit na pagpapausok (nebulized) <input type="checkbox"/> isa o <input type="checkbox"/> dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 buga MDI dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Singulair® <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 tableta araw araw
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 buga MDI dalawang beses sa isang araw
<input type="checkbox"/> Iba	
<input type="checkbox"/> Wala	

Mga nagdudulot ng pag-atake

Maglagay ng tsek sa lahat ng mga nagdudulot ng pag-atake ng hika ng pasyente:

- Alikabok ng tisa
- Usok ng sigarilyo at usok na galing sa mga katabing naninigarilyo
- Sipon/Trangkaso
- Mga maliit na insekto sa alikabok, alikabok, mga may stuff na mga hayop, alpombra
- Ehersisyo
- Amag
- Mga araw na may alerto ng ozone
- Mga peste - mga daga at mga ipis
- Mga alagang hayop - dander sa mga hayop
- Mga halaman, bulaklak, mga ginupit na damo, bulo [ng bulaklak]
- Masangang na mga amoy, mga pabango, mga gamit panglinis, mga pinabanguhang produkto
- Biglaang pagbabago ng temperature
- Usok ng kahoy
- Mga Pagkain:

At/o Peak flow na mataas sa _____

Tandaan na magmumog ng bibig pagkatapos gumamit ng mga gamot na nilalanghap.

Kung ang ehersisyo ay nagdudulog ng pag-atake ng inyong hika, inumin ang gamot na ito _____ minutes minuto bago mag ehersisyo.

BABALA



Kapag mayroon ka ng kahit alin sa mga ito:

- Pagkalandat sa mga alam na nagdudulot ng pag-atake
- Ubo
- Konting paghuni
- Paninikip ng dibdib
- Coughing at night
- Iba: _____

Ipagpatuloy ang mga pang-araw-araw na gamot atmagdagdag ng mabilis na tumalab na (mga) gamot.

GAMOT	GAANO KADAMI ang gagamitin at GAANO KADALAS ang paggamit
<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 yunit na pagpapausok (nebulized) kada 4 na oras kung kinakailangan
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 yunit na pagpapausok (nebulized) kada 4 na oras kung kinakailangan
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 buga MDI kada 4 na oras kung kinakailangan
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 buga MDI kada 4 na oras kung kinakailangan
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 yunit na pagpapausok (nebulized) kada 4 na oras kung kinakailangan
<input type="checkbox"/> Taasan ang dosis ng o magdagdag:	
<input type="checkbox"/> Iba	

➔ Kung ang gamot na mabilis tumalaba ay kinakailangan ng higit sa 2 beses sa isang linggo, maliban bago mag-ehersisyo, tawagan ang inyong doctor.

At/o Peak flow na mula _____ hanggang _____

EMERGENCY



Mabilis ang paglala ng inyong hika:

- Ang mabilis na tumalab na gamot ay hindi nakatulong sa loob ng 15-20 minuto.
- Ang paghinga ay mahirap o mabilis
- Paglaki ng butas ng ilong
- Paglitaw ng tadyang
- Hirap sa paglalakad at pagsasalita
- Pangangasul ng mga labi
- Pangangasul ng mga kuko sa kamay

At/o Peak flow na mababa sa _____

Gamitin ang mga gamot na ito NGAYON NA at tumawag sa 911.

Ang hika ay nakamamatay na sakit. Huwag maghintay!

<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 yunit na pagpapausok kada 20 minuto
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 yunit na pagpapausok kada 20 minuto
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 buga MDI kada 20 minuto
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 buga MDI kada 20 minuto
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 yunit na pagpapausok kada 20 minuto
<input type="checkbox"/> Iba	

Iba: _____

Itong plano ng paggamot sa hika ay para maalalayan, at hindi para palitan, ang kinakailangang paggawa ng desisiyong pangklinikal upang makamit ang pangangailangan ng indibidwal na pasyente.

BINABAGO SA MAYO 2009
 Pahintulot sa pagkopya ng blankong pormularyo www.pacnj.org

PARA SA MGA MENOR DE EDAD LAMANG:

- Ang estudyanteng ito ay may kakayahang at naturan ng wastong paraan pagbibigay ng gamot sa sarili gamit ang mga hindi nebulized na nilalanghap na gamot, na pinangalanan sa itaas ayon sa batas ng NJ.
- Ang estudyanteng ito ay hindi pinapayagang maggamot ng sarili.

PIRMA NG MANGGAGAMOT/APN/PA _____ PETSAS

PIRMA NG MAGULANG/TAGAPAG-ALAGA _____

SELYO NG MANGGAGAMOT _____

Gumawa ng kopya para sa pasyente at para sa talaksan (file) ng manggagamot. Para sa mga bata na edad 18 pababa, ipadala ang orihinal sa nars sa eskwelahan o sa tagapagbigay pangangalaga sa bata.