

# 천식 조치 플랜

작성일 \_\_\_\_\_

성명	생년월일	학년/교사
의료 서비스 제공자	의료 서비스 제공자 사무실 전화번호	의료 기록 번호
부모/보호자	전화	대체 전화
부모/보호자/대체 긴급 연락	전화	대체 전화

## 천식 수준의 진단

간헐적  지속적 [ 경증  중경증  중증]

## 천식 유발인자 (천식 증세를 악화시키는 요인)

흡연  감기  운동  동물  먼지  식품  
 기후  냄새  꽃 가루  기타 \_\_\_\_\_

## 그린 존: 활동!

### 다음 모두에 해당:

- 편안한 호흡
- 기침 또는 재채기 없음
- 일 또는 놀이 가능
- 밤에 깨지 않고 수면



### 이 일상적 증상 조절 약물(예방)을 매일 복용하십시오

일상적 증상 조절 약물이 필요하지 않습니다  
 일상적 증상 조절 약물(들):  
 \_\_\_\_\_  
**매일 \_\_\_\_\_ 회 흡입하거나 \_\_\_\_\_ 정의 \_\_\_\_\_ 알약을 복용하십시오.**  
 운동을 해야 하는 천식 환자의 경우, 다음 사항도 추가:  
 \_\_\_\_\_, 스페이서를 사용해 운동 \_\_\_\_\_ 분 전에 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오.  
**일상적 흡입 약물 사용 후에는 항상 입 안을 깨끗이 행귀주십시오.**

## 옐로우 존: 주의!

### 다음 증상이 하나라도 있는 경우:

- 기침이나 심하지 않은 재채기
- 가슴이 조여옴
- 가쁜 호흡
- 일, 놀이, 수면 활동에 문제가 있음



### 계속 일상적 증상 조절 약물을 복용하고, **속효성 완화제**를 추가하십시오

처방에 따라 일상적 증상 조절 약물을 복용하고, 호흡 문제가 발생하면 속효성 완화제를 추가하십시오.  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 시간마다 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오. 항상 스페이서를 사용해야 합니다. 아이는 마스크가 필요할 수도 있습니다  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 네블라이저 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 네블라이저를 \_\_\_\_\_ 시간마다 사용하십시오  
 기타 \_\_\_\_\_  
 만약 속효성 완화제를 사용했는데도 \_\_\_\_\_ 분 안에 문제가 해결되지 않는다면, 다시 흡입해 보시고 담당 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오  
 만약 속효성 완화제를 \_\_\_\_\_ 시간 내에 \_\_\_\_\_ 번을 초과하여 사용하는 경우, 담당 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오  
**옐로우 존에 24시간 이상 속해 있는 경우, 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오.**

## 레드 존: 응급 상황!

### 다음 증상이 하나라도 있는 경우:

- 매우 가쁜 호흡
- 약물 효과 없음
- 숨이 가빠지고 호흡이 힘들
- 코구멍이 크게 벌어짐, 갈비뼈가 보임, 말하기 힘들
- 입술 또는 손톱이 회색으로 변하거나 창백해짐



### 계속 일상적 증상 조절 약물 및 속효성 완화제를 복용하고 도움을 요청하십시오!

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 시간마다 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오. 항상 스페이서를 사용해야 합니다. 아이는 마스크가 필요할 수도 있습니다.  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 네블라이저 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 네블라이저를 \_\_\_\_\_ 시간마다 사용하십시오.  
 기타 \_\_\_\_\_  
**속효성 완화제를 사용하면서 의료 서비스 제공자에게 연락하십시오. 의료 서비스 제공자에게 연락할 수 없다면 911에 전화하여 구급차를 부르거나 즉시 응급실을 방문하십시오!**

## 교내 약물 사용 관련 필수 허가

**의료 서비스 제공자 허가:** 본인은 본 계획이 작성된 대로 시행되기를 요청하는 바입니다. 본 계획은 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 학년에 걸쳐 유효합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**부모/보호자 허가:** 본인은 학교 간호사가 본인의 자녀에게 본 계획서에 기재된 약을 주거나, 교내 전문 직원이 학교 간호사의 검토를 받은 후 본인의 자녀가 약물을 복용하도록 돕는 것에 동의합니다. 본 계획은 본인의 자녀를 돌보는 학교 직원들에게 공유됩니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 독자적인 약물 소지 및 교내 사용 관련 선택적 허가

**독자적인 약물 소지 및 사용에 대한 의료 서비스 제공자 허가:** 본인은 본 학생이 스스로 이 완화제를 효과적으로 자가 투여할 수 있으며, 학교 직원의 감독 없이도 학교 내에서 이 약물을 독자적으로 소지하고 사용할 수 있다는 사실을 증명합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**독자적인 약물 소지 및 사용에 대한 부모/보호자 허가(위 의료 서비스 제공자의 처방이 있는 경우):** 본인은 본인의 자녀가 스스로 이 완화제를 효과적으로 자가 투여할 수 있으며, 학교 직원의 감독 없이도 학교 내에서 이 약물을 독자적으로 소지하고 사용할 수 있다는 사실에 동의합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

# 천식 조치 플랜

작성일 \_\_\_\_\_

성명	생년월일	학년/교사
의료 서비스 제공자	의료 서비스 제공자 사무실 전화번호	의료 기록 번호
부모/보호자	전화	대체 전화
부모/보호자/대체 긴급 연락	전화	대체 전화

## 천식 수준의 진단

간헐적  지속적 [ 경증  중경증  중증]

## 천식 유발인자 (천식 증세를 악화시키는 요인)

흡연  감기  운동  동물  먼지  식품  
 기후  냄새  꽃 가루  기타 \_\_\_\_\_

## 그린 존: 활동!

### 다음 모두에 해당:

- 편안한 호흡
- 기침 또는 재채기 없음
- 일 또는 놀이 가능
- 밤에 깨지 않고 수면



### 이 일상적 증상 조절 약물(예방)을 매일 복용 하십시오

일상적 증상 조절 약물이 필요하지 않습니다  
 일상적 증상 조절 약물(들):  
 \_\_\_\_\_  
**매일 \_\_\_\_\_ 회 흡입하거나 \_\_\_\_\_ 정의 \_\_\_\_\_ 알약을 복용하십시오.**  
 운동을 해야 하는 천식 환자의 경우, 다음 사항도 추가:  
 \_\_\_\_\_, 스페이서를 사용해 운동 \_\_\_\_\_ 분 전에 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오.

일상적 흡입 약물 사용 후에는 항상 입 안을 깨끗이 행귀주십시오.

## 옐로우 존: 주의!

### 다음 증상이 하나라도 있는 경우:

- 기침이나 심하지 않은 재채기
- 가슴이 조여옴
- 가쁜 호흡
- 일, 놀이, 수면 활동에 문제가 있음



### 계속 일상적 증상 조절 약물을 복용하고, 속효성 완화제를 추가하십시오

처방에 따라 일상적 증상 조절 약물을 복용하고, 호흡 문제가 발생하면 속효성 완화제를 추가하십시오.  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 시간마다 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오. 항상 스페이서를 사용해야 합니다. 아이는 마스크가 필요할 수도 있습니다  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 네블라이저 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
 \_\_\_\_\_ 시간마다 사용하십시오  
 기타 \_\_\_\_\_  
 만약 속효성 완화제를 사용했는데도 \_\_\_\_\_ 분 안에 문제가 해결되지 않는다면, 다시 흡입해 보시고 담당 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오  
 만약 속효성 완화제를 \_\_\_\_\_ 시간 내에 \_\_\_\_\_ 번을 초과하여 사용하는 경우, 담당 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오  
**옐로우 존에 24시간 이상 속해 있는 경우, 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오.**

## 레드 존: 응급 상황!

### 다음 증상이 하나라도 있는 경우:

- 매우 가쁜 호흡
- 약물 효과 없음
- 숨이 가빠지고 호흡이 힘들
- 콧구멍이 크게 벌어짐, 갈비뼈가 보임, 말하기 힘들
- 입술 또는 손톱이 회색으로 변하거나 창백해짐



### 계속 일상적 증상 조절 약물 및 속효성 완화제를 복용하고 도움을 요청하십시오!

\_\_\_\_\_ 흡입제 \_\_\_\_\_ mcg  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 시간마다 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오. 항상 스페이서를 사용해야 합니다. 아이는 마스크가 필요할 수도 있습니다.  
 \_\_\_\_\_ 네블라이저 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 네블라이저를 \_\_\_\_\_ 시간마다 사용하십시오.  
 기타 \_\_\_\_\_  
**속효성 완화제를 사용하면서 의료 서비스 제공자에게 연락하십시오. 의료 서비스 제공자에게 연락할 수 없다면 911에 전화하여 구급차를 부르거나 즉시 응급실을 방문하십시오!**

## 교내 약물 사용 관련 필수 허가

**의료 서비스 제공자 허가:** 본인은 본 계획이 작성된 대로 시행되기를 요청하는 바입니다. 본 계획은 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 학년에 걸쳐 유효합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**부모/보호자 허가:** 본인은 학교 간호사가 본인의 자녀에게 본 계획서에 기재된 약을 주거나, 교내 전문 직원이 학교 간호사의 검토를 받은 후 본인의 자녀가 약물을 복용하도록 돕는 것에 동의합니다. 본 계획은 본인의 자녀를 돌보는 학교 직원들에게 공유됩니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 독자적인 약물 소지 및 교내 사용 관련 선택적 허가

**독자적인 약물 소지 및 사용에 대한 의료 서비스 제공자 허가:** 본인은 본 학생이 스스로 이 완화제를 효과적으로 자가 투여할 수 있으며, 학교 직원의 감독 없이도 학교 내에서 이 약물을 독자적으로 소지하고 사용할 수 있다는 사실을 증명합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**독자적인 약물 소지 및 사용에 대한 부모/보호자 허가(위 의료 서비스 제공자의 처방이 있는 경우):** 본인은 본인의 자녀가 스스로 이 완화제를 효과적으로 자가 투여할 수 있으며, 학교 직원의 감독 없이도 학교 내에서 이 약물을 독자적으로 소지하고 사용할 수 있다는 사실에 동의합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

# 천식 조치 플랜

작성일 \_\_\_\_\_

성명	생년월일	학년/교사
의료 서비스 제공자	의료 서비스 제공자 사무실 전화번호	의료 기록 번호
부모/보호자	전화	대체 전화
부모/보호자/대체 긴급 연락	전화	대체 전화

## 천식 수준의 진단

간헐적 지속적 [경증 중경증 중증]

## 천식 유발인자 (천식 증세를 악화시키는 요인)

흡연 감기 운동 동물 먼지 식품  
기후 냄새 꽃 가루 기타 \_\_\_\_\_

## 그린 존: 활동!

이 일상적 증상 조절 약물(예방)을 매일 복용 하십시오

다음 모두에

해당:

- 편안한 호흡
- 기침 또는 재채기 없음
- 일 또는 놀이 가능
- 밤에 깨지 않고 수면



일상적 증상 조절 약물이 필요하지 않습니다

일상적 증상 조절 약물(들):

\_\_\_\_\_  
 매일 \_\_\_\_\_ 회 흡입하거나 \_\_\_\_\_ 정의 \_\_\_\_\_ 알약을 복용하십시오.

운동을 해야 하는 천식 환자의 경우, 다음 사항도 추가:

스페이서를 사용해 운동 \_\_\_\_\_ 분 전에 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오.

일상적 흡입 약물 사용 후에는 항상 입 안을 깨끗이 행귀주십시오.

## 옐로우 존: 주의!

계속 일상적 증상 조절 약물을 복용하고, 속효성 완화제를 추가하십시오

다음 증상이 하나라도

있는 경우:

- 기침이나 심하지 않은 재채기
- 가슴이 조여옴
- 가쁜 호흡
- 일, 놀이, 수면 활동에 문제가 있음



처방에 따라 일상적 증상 조절 약물을 복용하고, 호흡 문제가 발생하면 속효성 완화제를 추가하십시오.

필요한 경우, \_\_\_\_\_ 시간마다 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오. 항상 스페이서를 사용해야 합니다. 아이는 마스크가 필요할 수도 있습니다

필요한 경우, \_\_\_\_\_ 네블라이저 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
 \_\_\_\_\_ 시간마다 사용하십시오

기타 \_\_\_\_\_

만약 속효성 완화제를 사용했는데도 \_\_\_\_\_ 분 안에 문제가 해결되지 않는다면, 다시 흡입해 보시고 담당 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오

만약 속효성 완화제를 \_\_\_\_\_ 시간 내에 \_\_\_\_\_ 번을 초과하여 사용하는 경우, 담당 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오  
**옐로우 존에 24시간 이상 속해 있는 경우, 의료 서비스 제공자에게 전화해주십시오.**

## 레드 존: 응급 상황!

계속 일상적 증상 조절 약물 및 속효성 완화제를 복용하고 도움을 요청하십시오!

다음 증상이 하나라도

있는 경우:

- 매우 가쁜 호흡
- 약물 효과 없음
- 숨이 가빠지고 호흡이 힘들
- 코구멍이 크게 벌어짐, 갈비뼈가 보임, 말하기 힘들
- 입술 또는 손톱이 회색으로 변하거나 창백해짐



\_\_\_\_\_ 흡입제 \_\_\_\_\_ mcg  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 시간마다 \_\_\_\_\_ 회 흡입하십시오. 항상 스페이서를 사용해야 합니다. 아이는 마스크가 필요할 수도 있습니다.

\_\_\_\_\_ 네블라이저 \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
 필요한 경우, \_\_\_\_\_ 네블라이저를 \_\_\_\_\_ 시간마다 사용하십시오.

기타 \_\_\_\_\_

속효성 완화제를 사용하면서 의료 서비스 제공자에게 연락하십시오. 의료 서비스 제공자에게 연락할 수 없다면 911에 전화하여 구급차를 부르거나 즉시 응급실을 방문하십시오!

## 교내 약물 사용 관련 필수 허가

**의료 서비스 제공자 허가:** 본인은 본 계획이 작성된 대로 시행되기를 요청하는 바입니다. 본 계획은 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 학년에 걸쳐 유효합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**부모/보호자 허가:** 본인은 학교 간호사가 본인의 자녀에게 본 계획서에 기재된 약을 주거나, 교내 전문 직원이 학교 간호사의 검토를 받은 후 본인의 자녀가 약물을 복용하도록 돕는 것에 동의합니다. 본 계획은 본인의 자녀를 돌보는 학교 직원들에게 공유됩니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 독자적인 약물 소지 및 교내 사용 관련 선택적 허가

**독자적인 약물 소지 및 사용에 대한 의료 서비스 제공자 허가:** 본인은 본 학생이 스스로 이 완화제를 효과적으로 자가 투여할 수 있으며, 학교 직원의 감독 없이도 학교 내에서 이 약물을 독자적으로 소지하고 사용할 수 있다는 사실을 증명합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**독자적인 약물 소지 및 사용에 대한 부모/보호자 허가(위 의료 서비스 제공자의 처방이 있는 경우):** 본인은 본인의 자녀가 스스로 이 완화제를 효과적으로 자가 투여할 수 있으며, 학교 직원의 감독 없이도 학교 내에서 이 약물을 독자적으로 소지하고 사용할 수 있다는 사실에 동의합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_