

Respiratory Action Plan

Student's Name: _____ Grade: _____ ID: _____ DOB: _____

Emergency contact _____ Phone number _____

Emergency contact _____ Phone number _____

Severity Classification:

- ____ Mild Intermittent
- ____ Mild Persistent
- ____ Moderate Persistent
- ____ Severe Persistent

Triggers:

- ____ Colds
- ____ Exercise
- ____ Animals
- ____ Other _____
- ____ Weather
- ____ Air pollution
- ____ Dust

Daily Treatment Plan

Name of Medication	Dosage	When to Administer
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Medical Equipment

Please list any medical equipment this student will need to treat his/her asthma at school (i.e. spacer, nebulizer, oxygen, peak flow, etc.) _____

*****EMERGENCY PLAN*****

Steps to take during an asthma/respiratory compromised episode:

1. Give emergency medications:
 - A. Bronchodilator (Quick-relief medication)
Name of Medication: _____
Dosage: _____ When to Administer: _____
Can be repeated for severe breathing difficulty _____ times, _____ minutes apart.
Additional instructions: _____
 - B. Other medications:
Name: _____
Dosage: _____ When to administer: _____
Additional instructions: _____
 - C. Peak Flow Monitoring (if used): Personal Best Peak Flow number: _____
Seek emergency medical care if peak flow of _____
2. Seek emergency medical care if this student experiences any of the following:
 - Student exhibits:
 - *Chest and neck pulled in with breathing
 - *Struggling to breathe
 - *Stops playing and cannot start activity again
 - *Hunched over while breathing
 - *Trouble walking or talking
 - *Lips or fingernails turn gray or blue
 - No improvement 15-20 minutes after initial treatment with medication and a relative cannot be reached

Comments and special instructions:

Physician/Health Care Provider _____ Phone number _____

Physician Signature _____ Date _____

I give permission to my child's school to administer daily and emergency medications as necessary, in accordance with the physician's instructions above. I also give permission for the school to contact above healthcare provider about administration of this medication.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

If you would like your child to carry his/her inhaler, please complete the LISD "Authorization for Self-Carry/Administration of Medicine" form, otherwise the inhaler will be kept and administered in the school clinic.

Plan de acción para tratamiento respiratorio

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ ID: _____ FDN: _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Clasificación de severidad:

- ____ leve intermitente
- ____ leve persistente
- ____ moderado persistente
- ____ severo persistente

Causantes:

- ____ resfriados
- ____ ejercicio
- ____ animales
- ____ Otros _____
- ____ clima
- ____ contaminación en el aire
- ____ polvo

Plan de tratamiento diario

Nombre del medicamento	Dosis	Cuándo se debe administrar
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Equipo médico

Escriba una lista de cualquier equipo médico que éste estudiante necesita para tratar su asma en la escuela (ej. "spacer", nebulizador, oxígeno, "peak flow", etc.) _____

*****PLAN DE EMERGENCIA*****

Pasos a seguir durante un episodio de asma o problemas respiratorios:

1. Administre medicamentos de emergencia:

A. Bronquodilatador (medicamento de alivio rápido)

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Cuándo administrarlo: _____

Se puede repetir para dificultad severa de respiración _____ veces, cada _____ minutos.

Instrucciones adicionales: _____

B. Otros medicamentos:

Nombre: _____

Dosis: _____ Cuándo administrarlo: _____

Instrucciones adicionales: _____

C. Monitor "Peak Flow" (si se usa): Número de mejor funcionamiento personal en el "Peak Flow": _____

Pida ayuda médica de emergencia cuando el número del "peak flow" es: _____

2. Busque cuidado médico de emergencia si el estudiante experimenta cualquiera de las siguientes:

- Cuando al estudiante:
 - * se le hunden el pecho y el cuello cuando respira
 - * se joroba cuando respira
 - * le es difícil respirar
 - * le da trabajo caminar o hablar
 - * deja de jugar y no puede comenzar de nuevo
 - * los labios o uñas se tornan grises o azules
- No mejora después de 15 a 20 minutos de su tratamiento inicial con el medicamento y no se puede conseguir a ningún familiar.

Comentarios e instrucciones especiales:

Médico/proveedor de servicios médicos _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Autorizo a la escuela de mi hijo a administrar medicamentos diarios y de emergencia, cuando sea necesario, de acuerdo a las instrucciones del médico establecidas anteriormente. También doy permiso para que la escuela se comunique con el proveedor de servicios médicos acerca de la administración de este medicamento.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

Si usted desea que su hijo lleve consigo su inhalador, por favor, llene el formulario Autorización para llevar/auto-administrar medicamentos de Leander ISD. De lo contrario, el inhalador se mantendrá en la enfermería de la escuela.