

Asthma Action Plan - For Patients 5 to 11 Years Old (Arabic)

الخطة العملية لمرضى الربو - للمرضى الذين بعمر 5 إلى 11 سنة.

NAME:

MRN:

BIRTHDATE:

AGE:

التاريخ (الشهر/اليوم/السنة) _____ / _____ / _____ DATE (mm/dd/yyyy):

أدوية التحكم: أعطي هذه الأدوية كل يوم

Controller Medications: Give every day

المنطقة الخضراء (الحالة جيدة)

GREEN ZONE (Doing Well)

• التنفس جيد (لا سعال أو صفير أو ضيق في الصدر أو قصر في التنفس خلال النهار أو الليل)

Breathing is good (no cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night) **and**,

• وقادر على القيام بالنشاطات المعتادة (كالعمل واللعب وممارسة التمارين)

Able to do usual activities (work, play and exercise) **and**,

• وقياس ذروة التدفق للفرد يفضل أن يكون ما بين نسبة 80% و 100%:

Peak flow is between 80% and 100% of personal best:

_____ - _____

Medication Name

Medication Directions

• إذا كان طفلك في العادة يعاني من أعراض أثناء ممارسة التمارين، أعطيه:

If your child usually has symptoms with exercise, then give:

أدوية الإنقاذ

استمر بإعطاء أدوية التحكم وفق الوصفة وأضف إليها:

Continue giving the controller medications as prescribed and add:

المنطقة الصفراء (تحذير)

YELLOW ZONE (Caution)

• مشاكل في التنفس (سعال، صفير، ضيق في الصدر، قصر في التنفس أو الاستيقاظ من النوم) أو،

Breathing problems (cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or waking up from sleep) **or**,

• يمكنه القيام ببعض النشاطات المعتادة ولكن ليس جميعها أو.

Can do some, but not all usual activities **or**,

• قياس ذروة التدفق للفرد يفضل أن يكون ما بين نسبة 60% و 80%:

Peak flow is between 60% and 80% of personal best:

_____ - _____

Give:

أعطي: كرر ذلك بعد عشرين دقيقة، إذا دعت الحاجة. repeat after 20 minutes, if needed.

Then:

• انتظر 20 دقيقة لترى ما إذا تحسّن الطفل على الدواء / الأدوية.

Wait **20 minutes** and see if the medication(s) helped.

إذا ساءت حالة طفلك أو لم تتحسن بعد المعالجات، اذهب لتعليمات المنطقة الحمراء أدناه.

If your child is **GETTING WORSE** or is **NOT IMPROVING** after the treatment(s), go to the **Red Zone** below.

• إذا ما تحسّن طفلك، استمر بإعطاء العلاج كل 4 إلى 6 ساعات حسب الحاجة لمدة

24 إلى 48 ساعة. If your child is **BETTER**, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours.

ثم: إذا ما زال طفلك يعاني من الأعراض بعد 24 ساعة، اتصل بطبيب طفلك على رقم

الهاتف. If your child still has symptoms after 24 hours, **CALL YOUR**

CHILD'S DOCTOR at

إذا احتجت لإعطاء طفلك أدوية الإنقاذ لأكثر من مرتين في الأسبوع، اتصل بطبيب طفلك.

If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your child's doctor.

Asthma Action Plan - For Patients 5 to 11 Years Old (Arabic)

الخطة العملية لمرضى الربو - للمرضى الذين بعمر 5 إلى 11 سنة.

NAME:

MRN:

BIRTHDATE:

AGE:

المنطقة الحمراء (إنذار طبي)

RED ZONE (Medical Alert)

• صعوبة وسرعة في التنفس (انفتاح الأنف على نحو واسع، رؤية الأضلاع) أو،

Breathing is hard and fast (nose opens wide, ribs show) or,

• لم تساعد أدوية الإنقاذ على التحسن أو،

Rescue medications have not helped or,

• غير قادر على القيام بالنشاطات المعتادة (بما في ذلك صعوبة في التكلم والمشية) أو،

Cannot do usual activities (including trouble talking or walking) or,

• أفضل قياس لذروة التدفق للفرد أن يكون أقل من 60%:

Peak flow is less than 60% of personal best:

أدوية حالات الطوارئ

Emergency Treatment:

أعطي هذه الأدوية واطلب المساعدة الطبية الآن.

Give these medications and seek medical help NOW.

Give:

أعطي:

Then:

ثم:

• انتظر 15 دقيقة لترى ما إذا ساعد الدواء / الأدوية على التحسن.

Wait **15 minutes** and see if the medication(s) helped.

• إذا ساءت حالة طفلك أو لم تتحسن، اذهب للمستشفى أو اتصل بالرقم 911.

If your child is **GETTING WORSE** or is **NOT IMPROVING**, go to the hospital or call 9-1-1.

• إذا تحسن طفلك، استمر بإعطاء العلاجات كل 4 إلى 6 ساعات واتصل بطبيب طفلك - وأخبره أن طفلك يعاني من نوبة ربو وهو بحاجة بأن تتم معانيته اليوم.

If your child is **BETTER**, continue treatments every 4 to 6 hours and call your child's doctor - **say your child is having an asthma attack and needs to be seen TODAY.**

المتابعة (للمرضى المقيمين في المستشفى فقط): إذا كان تم خروجك من المستشفى، الرجاء المتابعة مع الدكتور _____ في غضون 2 - 3 أيام على العنوان _____

Follow up (for inpatient only): If you are being discharged from the hospital, please follow up with Dr. [name] within 2-3 days at [location].

Always avoid the following triggers: _____ تجنّب المثبرات التالية دائماً:

Plan Developed in Partnership with Patient/Caregiver by (printed name):

تم وضع هذه الخطة بشراكة مع المريض / مقدم الرعاية (الاسم بالأحرف): _____

رقم مقدم الرعاية: _____ Provider #:

الوقت: _____ صباحاً / مساءً
Time P.M. / A.M.

التاريخ: _____ / _____ / _____ (الشهر/اليوم/السنة)
Date (mm/dd/yyyy)

التوقيع: _____
Signature