

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

천식 행동 계획 - 5-11 세 환자를 위한

NAME:
MRN:
BIRTHDATE:
AGE:

날짜 DATE: ____ / ____ / ____ (월/일/년도) (mm/dd/yyyy)

<p>녹색 지대 (좋은 상태) GREEN ZONE (Doing Well)</p> <ul style="list-style-type: none"> 호흡이 좋다 (낮 또는 밤에 기침, 천명, 가슴 조임이나 숨이 차는 증상이 없다). 그리고, Breathing is good (no cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night) and, 일상적인 활동을 할 수 있다 (공부, 놀이 및 운동). 그리고, Able to do usual activities (work, play and exercise) and, 최대 유량계 수치가 개인 최고 기록의 80% 에서 100% 사이이다: Peak flow is between 80% and 100% of personal best: _____ - _____ 	<p>조절제: 매일 주십시오 Controller Medications: Give every day</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Medication Name</th> <th style="text-align: left;">Medication Directions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;"> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> 아이가 운동할 때 증상이 보통 있는 편이라면, 다음과 같이 약을 주십시오: If your child usually has symptoms with exercise, then give: </td> </tr> </tbody> </table>	Medication Name	Medication Directions	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> 아이가 운동할 때 증상이 보통 있는 편이라면, 다음과 같이 약을 주십시오: If your child usually has symptoms with exercise, then give: 	
Medication Name	Medication Directions				
<hr/> <ul style="list-style-type: none"> 아이가 운동할 때 증상이 보통 있는 편이라면, 다음과 같이 약을 주십시오: If your child usually has symptoms with exercise, then give: 					

<p>황색 지대 (주의) YELLOW ZONE (Caution)</p> <ul style="list-style-type: none"> 호흡 곤란 (기침, 천명, 가슴 조임, 숨이 차거나 잠을 자다가 깨는 증상) 또는, Breathing problems (cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or waking up from sleep) or, 일상적인 활동을 일부는 할 수 있으나, 다는 못한다. 또는, Can do some, but not all usual activities or, 최대 유량계 수치가 개인 최고 기록의 60% 에서 80% 사이이다: Peak flow is between 60% and 80% of personal best: _____ - _____ 	<p>구조 약물 Rescue Medications 처방 받은대로 조절제를 계속해서 주고, 추가로: Continue giving the controller medications as prescribed and add:</p> <p>Give: _____ 를 주십시오. 필요 시, 20 분 후에 다시 반복하십시오. repeat after 20 minutes, if needed.</p> <hr/> <p>그리고나서: <ul style="list-style-type: none"> 20 분을 기다린 후에 약이 도움이 되었는 지를 확인하십시오. Wait 20 minutes and see if the medication(s) helped. 만약 약물 치료 후에도 아이의 상태가 악화되거나 호전되지 않을 경우에는, 아래의 적색 지대 지침을 따르십시오. If your child is GETTING WORSE or is NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the Red Zone below. 만약 아이의 상태가 좋아졌다면, 24-48 시간 동안 필요에 따라 약물 치료를 4-6 시간 마다 계속해서 하십시오. If your child is BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours. </p> <p>그리고나서: 24 시간이 지난 후에도 증상이 계속 있을 경우에는, 담당 의사에게 전화하십시오. 전화번호 _____ Then: If your child still has symptoms after 24 hours, CALL YOUR CHILD'S DOCTOR at _____</p> <hr/> <p>만약 구조 약물을 주 2 회 이상 복용해야만 되는 경우에는, 담당 의사에게 전화하십시오. If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your child's doctor.</p>
---	--

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

천식 행동 계획 - 5-11 세 환자용

NAME:
MRN:
BIRTHDATE:
AGE:

적색 지대 (의료 경보)

RED ZONE (Medical Alert)

- 호흡이 빠르고 숨쉬기가 힘들다 (콧구멍이 크게 벌어지고, 갈비뼈가 보인다). 또는, Breathing is hard and fast (nose opens wide, ribs show) or,
- 구조 약물이 도움이 되지 않는다. 또는, Rescue medications have not helped or,
- 일상적인 활동을 못한다 (말을 하거나 걷는데 지장이 있는 것도 포함). Cannot do usual activities (including trouble talking or walking) or,
- 최대 유량계 수치가 개인 최고 기록의 60% 이하이다: Peak flow is less than 60% of personal best: _____

응급 치료: Emergency Treatment:
다음 약물을 주고 즉시 병원에 연락하십시오.
Give these medications and seek medical help NOW.

Give:

를 주십시오.

**그리고나서:
Then:**

- 15 분을 기다린 후에 약이 도움이 되었는 지를 확인하십시오. Wait **15 minutes** and see if the medication(s) helped.
- 만약 아이의 상태가 악화되거나 호전되지 않을 경우에는, 병원으로 가거나, 9-1-1 로 전화하십시오. If your child is **GETTING WORSE** or is **NOT IMPROVING**, go to the hospital or call 9-1-1.
- 만약 아이의 상태가 좋아졌다면, 4-6 시간 마다 약물 치료를 계속해서 하고, 담당 의사에게 전화하십시오. - **아이가 천식 발작이 있음을 알리고, 오늘 중에 반드시 진료를 받아야 한다고 말씀하십시오.** 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.**

후속 조치 (입원 환자용): 병원에서 퇴원하게 되면, [의사성함] _____ 의사 선생님에게 2-3 일 내에 [병원장소] _____ 에서 진료를 받도록 약속을 잡으십시오.

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].

항상 다음과 같은 유발 요인을 피하십시오: _____
Always avoid the following triggers:

천식 행동 계획은 환자/의료진이 합동해서 만들었습니다. (이름을 인쇄체로 쓰십시오): _____ 의료진 #: _____
Plan Developed in Partnership with Patient/Caregiver by (printed name): _____ Provider #:

서명: _____ 날짜: ____/____/____ (월/일/년도) 시간: _____ 오전/오후
Signature: _____ Date: _____ (mm/dd/yyyy) Time: _____ A.M./P.M.