



我的 COPD 护理计划

本计划将帮助您了解在身体状况良好或不适时应该做些什么。请与您的医生或护士一起填写。

我的病况	我的感受	应如何做
绿色 - 良好 	我没有出现新的 COPD 症状。 <input type="checkbox"/> 我感觉良好。 <input type="checkbox"/> 我饮食健康，并且能够像平常一样四处走动。	<input type="checkbox"/> 我将继续使用处方药。 <input type="checkbox"/> 我将按医嘱使用氧气（如果您平时使用氧气，请勾选此框）。
黄色 - 较严重 	我的 COPD 症状比平时更严重。 <input type="checkbox"/> 我出现了新的咳嗽症状。 <input type="checkbox"/> 我的痰液颜色发生变化或出现更多痰液。 <input type="checkbox"/> 我感觉更疲惫了。	<input type="checkbox"/> 我将继续使用处方药。 <input type="checkbox"/> 我将继续按医嘱使用氧气（如果您使用氧气，请勾选此框） <input type="checkbox"/> 我需要医生额外开的这些药物： _____ _____ <input type="checkbox"/> 我应该多休息，并在有需要时进行嘴式呼吸。 <input type="checkbox"/> 我今天会打电话给我的医生报告这些症状。
红色 - 非常严重 	我的 COPD 症状非常严重。 <input type="checkbox"/> 我呼吸困难，即使在静息状态下也是如此。 <input type="checkbox"/> 我的嘴唇或手指周围发青。 <input type="checkbox"/> 我感觉非常不舒服。	<input type="checkbox"/> 我应该立即拨打 911 或寻求医疗帮助。

重要电话号码

我的感受	联系人	电话号码
我的病况非常严重 	急诊室	911
我的病况较为严重 		

我的 COPD 治疗药物

药物名称	作用	用药时间	剂量

我的供氧装置应作如下设置。 如果您不使用辅助供氧，请忽略此部分。

静息状态：_____ 活动增加：_____ 睡眠状态：_____

我应该完成以下事项，至少每年一次：

- 前往肺科医生处就诊。
- 与肺科医生讨论我正在使用的药物。
- 告知肺科医生我平时的 COPD 症状如何。
- 告知肺科医生我正在采取哪些措施来管理我的 COPD。
- 与肺科医生一起检查我的 COPD 计划，确保它仍然适用于我的病况。