

L.A. Cares About Asthma®

یک برنامه آموزشی و حمایتی برای افراد مبتلا به آسم



L.A. Care®



**پرسشی دارید؟
به راهنمایی نیاز دارید؟
با ما تماس بگیرید!**
برای گفتگو با یک مربی بهداشت،
لطفا تماس بگیرید با:



بخش آموزش بهداشت
1.855.878.4374 (TTY 711)
دوشنبه-جمعه 9 صبح تا 4 ب.ظ



خط مشاوره پرستاری
1.800.249.3619 (TTY 711)
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

- 2 5 نکته‌ای که باید درباره آسم بدانید
- 4 عوامل محرک آسم
- 5 نشانه‌های هشدار آسم
- 6 داروهای آسم و کارکرد آنها
- 8 روش استفاده از یک برنامه عملی آسم
- 10 برنامه عملی آسم بزرگسالان
- 12 برنامه عملی آسم کودکان
- 14 گفتگو با پزشک‌تان درباره آسم
- 15 پرسش‌های نمونه‌ای که باید از پزشک‌تان پرسید
- 16 روش استفاده از ابزار پیک فلومتر
- 18 فهمیدن اعداد
- 20 رهگیری پیک فلو
- 22 منابع مهم
- 24 مرجع
- 28 نکات

5 نکته‌ای که باید درباره آسم بدانید

1 با آسم آشنا شوید.

- ❖ آسم یک بیماری ریوی است. این بیماری سبب تنگ و ملتهب شدن مجرای هوا می‌شود.
- ❖ آسم ممکن است با سرفه، خس‌خس یا احساس تنگی نفس همراه باشد.

2 با داروهای خود و روش مصرف آنها آشنا شوید.

- ❖ هر روز، حتی اگر حالتان خوب است، از داروی کنترل‌گر استفاده کنید.

❖ داروی کنترل‌گر در موارد زیر کاربرد دارد:

- بروز مشکل تنفس بیش از دو بار در هفته در طول روز.
- بروز مشکل تنفس بیش از دو بار در ماه در طول شب.
- تمدید نسخه داروی تسکین فوری بیش از دو بار در سال.



❖ در صورت دچار شدن به نشانه‌های آسم، مانند تنگی نفس، گرفتگی سینه، خس‌خس و سرفه، از داروی **تسکین فوری** استفاده کنید. لازم است که این دارو را همواره همراه داشته باشید.

❖ با روش استفاده از افشانه‌های تنفسی یا نبولایزر در مصرف دوز کامل آشنا شوید.

3 عوامل تشدیدکننده آسم را بشناسید.

❖ عوامل محرک به عواملی گفته می‌شود که آسم شما را تشدید می‌کنند. از این عوامل می‌توان به دود، حیوانات خانگی، گردوخاک، گرده، سرماخوردگی یا وسایل اطراف شما اشاره کرد.

❖ اگر در هنگام ورزش کردن دچار نشانه‌های آسم می‌شوید، داروی تسکین فوری را پیش از ورزش مصرف کنید.

4 نشانه‌های آسم خود را ثبت کنید.

❖ نشانه‌ها را یادداشت و به پزشک خود اعلام کنید.

❖ اگر بیشتر از 5 سال دارید، استفاده از ابزار سنجش اوج جریان ممکن است سودمند باشد.

5 برنامه عملی آسم» برای خود تهیه کنید.

❖ «برنامه عملی آسم» برای خود تهیه کنید. این برنامه مکتوب به شما کمک می‌کند تا اقدامات لازم در هنگام بروز وضعیت اضطراری آسم را بشناسید.

❖ در هر نوبت مراجعه به پزشک درباره «برنامه عملی آسم» از پزشک مشورت بگیرید.

عوامل محرک عواملی هستند که مجرای هوا را تحریک می‌کنند و ممکن است سبب بدتر شدن آسم شوند. اگر آسم تشدید شود و شما فوری اقدامی انجام ندهید، ممکن است دچار حمله آسم شوید. برای دور ماندن هرچه بیشتر از عوامل محرک، با پزشک‌تان مشورت کنید.

برخی از عوامل محرک رایج:

| | | | |
|------------|---|-----------------------------|---|
| مه‌دود |  | حیوانات خانگی (سگ، گربه) |  |
| هوای سرد |  | کپک |  |
| بوهای تند |  | گردوخاک |  |
| مواد غذایی |  | مایت گردوخاک |  |
| دود سیگار |  | آفات (سوسک، موش) |  |
| ورزش |  | گرده |  |

مصرف نکردن داروی آسم



اینها برخی از نشانه‌های رایج بدتر شدن آسم است:

- ❖ مشکلات تنفسی
- ❖ سرفه (در طول روز، شب یا در هنگام ورزش)
- ❖ خس‌خس (صدای سوت در هنگام تنفس)
- ❖ گرفتگی سینه
- ❖ مشکلات خواب شبانه (سرفه، تنگی نفس، گرفتگی یا درد سینه)
- ❖ افت عدد اوج جریان (اگر ابزار سنجش جریان اوج در اختیار ندارید، از پزشک خود بخواهید که برای شما تجویز کند)

در صورت بروز موارد اضطراری آسم چه باید کرد

- ❖ فوری داروی تسکین فوری مصرف کنید (از «**افشانه نجات**» استفاده کنید) و برنامه عملی آسم را رعایت کنید.
- ❖ اگر نمی‌توانید نفس بکشید، از دیگران کمک بخواهید!
- ❖ اگر نشانه‌های آسم بلافاصله پس از مصرف داروی تسکین فوری برطرف نشود، باید با **911** تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین مرکز اورژانس یا مرکز مراقبت فوری مراجعه کنید.

نشانه‌های مورد اضطراری آسم

- ❖ دچار شدن به مشکلات شدید در زمینه تنفس، راه رفتن یا صحبت کردن به دلیل تنگی تنفس.
- ❖ بهتر نشدن نشانه‌های هشدار آسم.
- ❖ آبی شدن لب‌ها و/یا ناخن‌ها.



1 داروی تسکین فوری (افشانه نجات)

❖ مجرای هوا را به سرعت باز می‌کند تا از بروز حمله آسم پیشگیری شود.



❖ گاهی اوقات پزشک به شما توصیه خواهد کرد که این داروها را قبل از ورزش و یا در مواقعی مصرف کنید که می‌دانید قرار است در معرض یکی از محرک‌های آسم قرار بگیرید.

❖ اگر این قوانین دوتایی درباره شما صدق می‌کند، موضوع را به پزشک یا پرستار اطلاع دهید:

- ✓ اگر در هر هفته بیش از دو بار به داروی تسکین فوری نیاز دارید
- ✓ اگر در هر ماه بیش از دو بار از خواب شبانه بیدار می‌شوید
- ✓ اگر نسخه داروی تسکین فوری خود را بیش از دو بار در سال تمدید می‌کنید

2 داروی کنترل‌گر (افشانه کنترل‌گر)

❖ به رفع التهاب، گرفتگی و کاهش مخاط کمک می‌کند.



❖ باید آنها را هر روز مصرف کنید، حتی وقتی که حال شما خوب است و هیچ‌یک از علائم آسم را ندارید!

❖ در صورت لزوم، دهان خود را پس از مصرف دارو آب بکشید.

❖ مصرف دارو را متوقف نکنید! ظاهر شدن آثار دارو ممکن است تا 2 هفته زمان ببرد.

روش کنترل آسم

❖ مرتباً، حتی در مواقعی که حالتان خوب است، به پزشک مراجعه کنید!

❖ در هر نوبت مراجعه به پزشک درباره عوامل محرک و داروهای آسم از پزشک مشورت بگیرید.

❖ از پزشکتان بخواهید که یک «برنامه عملی آسم» برای شما تنظیم کند تا بدانید که در صورت بدتر شدن وضع آسم چه باید بکنید.

❖ داروها را دقیقاً طبق دستور پزشک مصرف کنید.

❖ هر روز برای پایش وضعیت آسم خود از ابزار سنجش اوج جریان استفاده کنید. اگر به ابزار سنجش اوج نیاز دارید، از پزشک بخواهید که برایتان تجویز کند.

با کنترل آسم چه تغییراتی حاصل می‌شود

❖ می‌توانید بدون مشکل تنفسی به فعالیت‌های روزمره (شامل ورزش) بپردازید.

❖ نشانه‌های آسم کاهش می‌یابد یا از بین می‌رود.

❖ می‌توانید تنفس بکشید!



روش استفاده از برنامه عملی آسم



هر فرد دچار آسم باید یک «**برنامه عملی آسم**» داشته باشد. این برنامه مکتوب به شما کمک می‌کند تا اقدامات لازم در هنگام تشدید آسم را بشناسید. از پزشک خود یا فرزندتان بخواهید که برای شما «برنامه عملی آسم» تهیه کند.

«برنامه عملی آسم» به شما می‌گوید که:

- ❖ چگونه به کمک ابزار سنجش جریان اوج بفهمید که آسم شما یا فرزندتان تحت کنترل است.
- ❖ چگونه نشانه‌های آسم را کنترل کنید.
- ❖ چه داروهایی و در چه زمان‌هایی باید مصرف کنید.
- ❖ برای دریافت مراقبت اضطراری چه زمانی به پزشک مراجعه کنید.



رونوشت «برنامه عملی آسم» فرزندتان را در محل کار، مدرسه فرزندتان و دیگر مکان‌هایی که شما یا فرزندتان مرتباً در آنها حضور دارید، قرار دهید.

در صورت تغییر یافتن روند درمان آسم خود یا فرزندتان، «برنامه عملی آسم» را در حضور پزشک بازمینی کنید.

«برنامه عملی آسم» راهنمایی رنگی برای کنترل آسم در اختیار شما می‌گذارد.

- به خوبی نفس می‌کشم، و
- سرفه، گرفتگی سینه یا
- خس خس دیده نمی‌شود، و
- بازی و ورزش به آسانی انجام می‌گیرد



حال من «خوب» است
(ناحیه سبز)

- سرفه یا خس خس، یا
- دشواری تنفس، یا
- گرفتگی قفسه سینه، یا
- بیدار شدن در شب، یا
- نمی‌توانید به برخی از فعالیت‌ها (مثلاً کار و ورزش) بپردازید



حال من «خوب نیست»
(ناحیه زرد)

- دارو کمکی نمی‌کند، یا
- صحبت کردن یا راه رفتن ممکن نیست، یا
- وجود احساس ترس، یا
- دشواری یا تنگی نفس، یا
- درد سینه



حال من «بسیار بد» است
(ناحیه قرمز)

با
پزشک تان
کامل
کنید.

برنامه عملی آسم من



نام: _____ تاریخ تولد: _____

نام پزشک: _____

شماره تلفن پزشک: _____

فردی که بتوان در مواقع اضطراری با آنها تماس گرفت: _____

شماره تلفن فردی که بتوان در مواقع اضطراری با آنها تماس گرفت: _____

- عوامل محرک من:**
- | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> آلودگی هوا | <input type="checkbox"/> گرده | <input type="checkbox"/> کپک |
| <input type="checkbox"/> دود | <input type="checkbox"/> مایت گردو خاک | <input type="checkbox"/> بوی تند |
| <input type="checkbox"/> ورزش | <input type="checkbox"/> سوسک | <input type="checkbox"/> حیوانات |
| <input type="checkbox"/> مواد غذایی | <input type="checkbox"/> سرما | |

- آسم من در این سطح است:**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 متوسط | <input type="checkbox"/> 1 متناوب |
| <input type="checkbox"/> 4 پیوسته شدید | <input type="checkbox"/> 2 پیوسته خفیف |

حال من «خوب» است (ناحیه سبز)



- وضعیت تنفس عادی است، و
- سرفه نمی کنم، قفسه سینه ام گرفتگی ندارد، خس خس نمی کند، و
- می توانم به راحتی کار و تمرین کنم

اعداد جریان اوج: _____ تا _____

هر روز داروی کنترل بلند-مدت آسم مصرف کنید.

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____

بار در روز _____

بار در روز _____

بار در روز _____

15-20 دقیقه پیش از تمرین یا ورزش، _____ از
افشانه تنفسی استفاده کنید.

حال من «خوب نیست» (ناحیه زرد)

- سرفه یا خس خس، یا
- دشواری تنفس، یا
- بیدار شدن در شب، یا
- ناتوانی در پرداختن به برخی فعالیت‌ها، (کار و ورزش)
- گرفتگی سینه، یا



اعداد جریان اوج: _____ تا _____

مصرف _____ یک داروی تسکین فوری. اگر پس از 20 تا 30 دقیقه به ناحیه سبز بازنگردید، باید _____ یک دیگر مصرف کنید.

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____ هر _____ ساعت

ادامه استفاده از داروهای کنترل طولانی مدت.

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____

بار در روز _____

بار در روز _____

اگر داروی تسکین فوری بی‌تاثیر باشد یا اگر این نشانه‌ها بیش از دو بار در هفته ظاهر شود، باید با پزشک تماس بگیرید.

حال من «بسیار بد» است (ناحیه قرمز)

- دارو کمکی نمی‌کند، یا
- از دست رفتن توانایی راه رفتن یا صحبت کردن، یا
- به سختی یا به سرعت نفس می‌کشم، یا
- درد سینه
- وجود احساس ترس



اعداد جریان اوج: زیر _____

همین حالا کمک بگیرید!

این داروهای تسکین فوری را تا زمان دریافت مراقبت اضطراری مصرف کنید:

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____

بار در روز _____

بار در روز _____

بار در روز _____

اگر به دلیل دشواری تنفس نتوانید صحبت کنید یا راه بروید، یا اگر خواب‌آلود شوید یا اگر ناخن‌ها یا لب‌ها خاکستری یا آبی شود، باید فوری به پزشک مراجعه کنید یا با 911 تماس بگیرید. درنگ نکنید!

امضای پزشک: _____ تاریخ: _____

با
پزشک تان
کامل
کنید.

برنامه عملی آسم فرزندم



نام: _____ تاریخ تولد: _____

نام پزشک: _____

شماره تلفن پزشک: _____

فردی که بتوان در مواقع اضطراری با آنها تماس گرفت: _____

شماره تلفن فردی که بتوان در مواقع اضطراری با آنها تماس گرفت: _____

- عوامل محرک من:**
- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> گرده | <input type="checkbox"/> آلرژی هوا |
| <input type="checkbox"/> کپک | <input type="checkbox"/> مایت گردو خاک |
| <input type="checkbox"/> بوی تند | <input type="checkbox"/> سوسک |
| <input type="checkbox"/> حیوانات | <input type="checkbox"/> سرما |
- آسم من در این سطح است:**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 متناوب | <input type="checkbox"/> 3 متوسط |
| <input type="checkbox"/> 2 پیوسته خفیف | <input type="checkbox"/> 4 پیوسته شدید |

حال فرزندم «خوب» است (ناحیه سبز)



- وضعیت تنفس عادی است، و
- سرفه نمی کند، قفسه سینه ام گرفتگی ندارد، خس خس نمی کند، و
- می توانم به راحتی کار و تمرین کنم

اعداد جریان اوج: _____ تا _____

هر روز داروی کنترل بلند-مدت آسم مصرف کنید.

| دارو: | نحوه مصرف: | مقدار: | زمان: |
|-------|------------|--------|------------------|
| _____ | _____ | _____ | بار در روز _____ |
| _____ | _____ | _____ | بار در روز _____ |
| _____ | _____ | _____ | بار در روز _____ |

15-20 دقیقه پیش از تمرین یا ورزش، _____ از
افشانه تنفسی استفاده کنید.

حال فرزند من «خوب نیست» (ناحیه زرد)

- سرفه یا خس خس، یا
- دشواری تنفس، یا
- گرفتگی سینه، یا
- بیدار شدن در شب، یا
- ناتوانی در پرداختن به برخی فعالیت‌ها، (کار و ورزش)



اعداد جریان اوج: _____ تا _____

به فرزندتان ___ پک از داروی تسکین فوری بدهید. اگر پس از 20 تا 30 دقیقه به ناحیه سبز بازنگردید، باید ___ پک دیگر مصرف کنید.

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____
هر _____ ساعت

ادامه استفاده از داروهای کنترل طولانی مدت.

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____
بار در روز _____
بار در روز _____

اگر داروی تسکین فوری بی‌تاثیر باشد یا اگر این نشانه‌ها بیش از دو بار در هفته ظاهر شود، باید با پزشک تماس بگیرید.

حال من «بسیار بد» است (ناحیه قرمز)

- دارو کمکی نمی‌کند، یا
- از دست رفتن توانایی راه رفتن یا صحبت کردن، یا
- به سختی یا به سرعت نفس می‌کشم، یا
- درد سینه
- وجود احساس ترس



اعداد جریان اوج: زیر _____

همین حالا کمک بگیرید! این داروهای تسکین فوری را تا زمان دریافت مراقبت اضطراری به فرزندتان بدهید:

دارو: _____ نحوه مصرف: _____ مقدار: _____ زمان: _____

بار در روز _____

بار در روز _____

بار در روز _____

اگر فرزندتان به دلیل دشواری تنفس نتواند صحبت کند یا راه برود، یا اگر خواب‌آلود شود یا اگر ناخن‌ها یا لب‌هایش خاکستری یا آبی شود، باید فوری به پزشک مراجعه کنید یا با 911 تماس بگیرید. درنگ نکنید!

*یک کپی از طرح اقدام فرزندتان را برای معلم‌ها و پرستار مدرسه‌اش ارسال کنید.

امضای پزشک: _____ تاریخ: _____



از این راهنمایی‌ها در ویزیت بعدی با پزشک استفاده کنید.

- ✓ **سؤالات خود را یادداشت کنید.** از سؤال کردن هراس نداشته باشید. پزشک‌تان به شما کمک می‌کند آسم‌تان را کنترل کنید.
- ✓ **فهرستی از مواردی که باعث تحریک آسم‌تان می‌شوند را تهیه کنید.** دلایل (عوامل محرک) بروز آسم و واکنش بدن‌تان (سرفه، خس‌خس، دشواری تنفس) را یادداشت کنید.
- ✓ **در هر جلسه ویزیت، همه داروها و برنامه عملی آسم را به همراه داشته باشید.** زمان و مقدار مصرف داروی آسم در برنامه عملی آسم ذکر می‌شود. اگر برنامه عملی آسم ندارید، از پزشک‌تان بخواهید که برایتان تهیه کند.
- ✓ **همه داروهای خود را مرور کنید.** روش و زمان مصرف آنها را پرسید.
- ✓ **درباره موارد آموزش سلامت سؤال کنید.** اینکه آسم چیست و روش کنترل آن در مطالب آموزش بهداشت گنجانده شده است.
- ✓ **اگر پرسشی داشتید با پزشک خود تماس بگیرید.** اگر پس از رسیدن به خانه پرسش‌های دیگری در ذهن شما شکل گرفت، با مطب پزشک تماس بگیرید و از کارکنان آنجا راهنمایی بخواهید.

پرسش‌های نمونه‌ای که باید در حضور پزشک‌تان مطرح کنید

- آسم چیست؟
- چطور می‌توانم آسم را کنترل کنم؟
- علت بروز آن چیست؟ آیا درمان دارد؟
- داروهای آسم من کدامند؟
- چه وقت داروهایم را مصرف کنم؟
- داروهای آسم را چگونه مصرف کنم؟
- آیا می‌توانید روش استفاده از افشانه را بازبینی کنید؟
- آیا داروها عوارض جانبی دارند؟ چه مواردی هستند؟
- آیا می‌توانم ذخیره 90 روزه داروهای آسم را تهیه کنم؟
- برنامه عملی آسم چیست؟
- آیا می‌توانیم برنامه عملی آسم را بازبینی کنیم؟
- افشانه تنفسی چیست؟ چطور می‌توانم از آن استفاده کنم؟
- ابزار سنجش جریان اوج یا پیک فلومتر چیست؟ چطور می‌توانم از آن استفاده کنم؟
- آیا لازم است واکسن آنفولانزا دریافت کنم؟
- آیا مطالب آموزشی بهداشتی در مورد آسم دارید؟
- نوبت مراجعه بعدی من چه زمانی است
- آیا برای مراجعه به یک متخصص، به ارجاع نیاز دارم؟

سوالاتی که می‌خواهم از پزشک بپرسم

سوالات خود را در قسمت زیر نوشته و این برگه را با خود نزد پزشک ببرید.

1

2

3

4

5

روش استفاده از ابزار سنجش جریان اوج



ابزار سنجش جریان اوج شما را کیفیت عملکرد ریه‌های‌تان آگاه می‌کند. این ابزار نیروی بازدم شما را اندازه می‌گیرد. این ابزار حتی پیش از بروز نشانه‌های آسم کارآیی دارد. اگر ابزار سنجش جریان اوج ندارید، می‌توانید یک عدد از آن را به رایگان از L.A. Care دریافت کنید. از پزشک‌تان بخواهید که آن را برایتان تجویز کند.

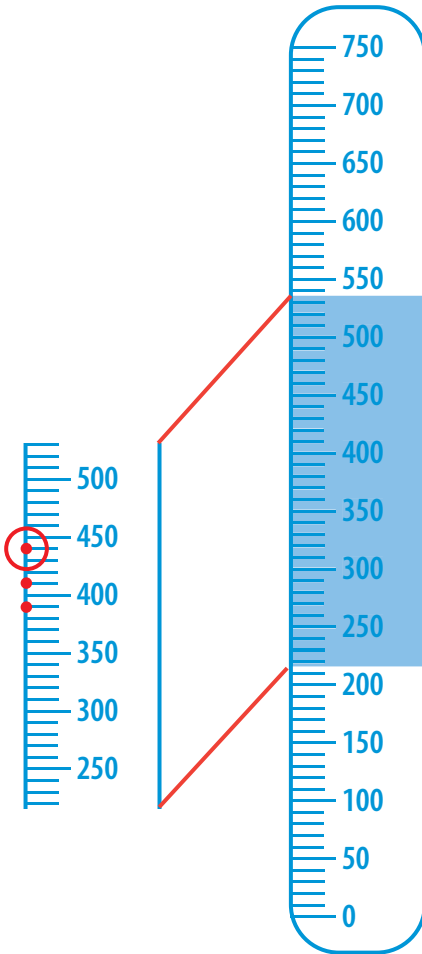


روش استفاده از ابزار سنجش جریان اوج آسان است:

- مرحله 1**
 - ابتدا مطمئن شوید که نشانگر بر روی عدد 0 قرار دارد.
 - بایستید یا بنشینید.
- مرحله 2**
 - یک نفس عمیق بکشید.
 - به سرعت لب‌های خود را دور لوله ببندید.
 - به روبرو نگاه کنید و ابزار سنجش را عمودی نگه دارید.
 - سوراخ‌ها یا اعداد را با زبان یا انگشت خود نپوشانید.
 - با شدت و سرعت هرچه بیشتر بازدم کنید.
- مرحله 3**
 - عدد به دست آمده را بر روی برگه رهگیری جریان اوج ثبت کنید.
 - این آزمایش را دو بار دیگر انجام دهید و تک‌تک اعداد را ثبت کنید.
 - دور بهترین (بالترین) مقدار خط بکشید.
 - این عدد جریان اوج شما در آن روز است.

مرحله 4

❖ اعداد جریان اوج خود را بر روی برگه جریان
اوج رهگیری کنید. سعی کنید آزمایش‌ها را
در ساعت مشخصی از روز انجام دهید و
هر سه نتیجه را هر روز ثبت کنید.



بهترین عدد جریان اوج شخصی

بهترین عدد شخصی همان بالاترین عدد جریان اوج طی دو هفته‌ای است که در آن حال خوبی دارید. این عدد را با دیگر اعداد جریان اوج مقایسه کنید. بدین ترتیب می‌توانید وضعیت خود را در بازه زمانی معین ارزیابی کنید. با پزشک درباره نتایج جریان اوج خود صحبت کنید.

بهترین عدد جریان اوج شخصی:



اعداد جریان اوج خود را مانند چراغ قرمز تصور کنید. با مراجعه به جدول زیر مشخص کنید که در کدام ناحیه هستید. بهترین عدد جریان اوج شخصی ممکن است با بهترین عدد افراد دیگر متفاوت باشد.

نخست، بهترین عدد جریان اوج خود را در ستون **آبی** (اول) بیابید.

مرحله 1

سپس خط مرتبط را دنبال کنید و ببینید عدد جریان اوج امروز در کجا قرار می‌گیرد— ناحیه **سبز**، **زرد** یا **قرمز**.

مرحله 2

مثال: بهترین عدد جریان اوج شخصی آقای اسمیت 450 است. امروز، بالاترین عدد جریان اوج او بیش از 360 است (**ناحیه سبز**). خبر خوش اینکه حال او خوب است!

با بررسی برنامه عملی آسم خود مشخص کنید که در کدامیک از نواحی **سبز**، **زرد** یا **قرمز** هستید. اگر برنامه عملی آسم ندارید، با پزشکتان مشورت کنید.





| اگر عدد جریان اوج شما مقدار زیر باشد، در «ناحیه قرمز» هستید: | اگر عدد جریان اوج شما مقدار زیر باشد، در «ناحیه زرد» هستید: | اگر عدد جریان اوج شما مقدار زیر باشد، در «ناحیه سبز» هستید: | اگر بهترین عدد جریان اوج شخصی شما این است: |
|--|---|---|--|
| زیر 50 | بین 50 و 80 | بالای 80 | 100 |
| زیر 63 | بین 63 و 100 | بالای 100 | 125 |
| زیر 75 | بین 75 و 120 | بالای 120 | 150 |
| زیر 88 | بین 88 و 140 | بالای 140 | 175 |
| زیر 100 | بین 100 و 160 | بالای 160 | 200 |
| زیر 113 | بین 113 و 180 | بالای 180 | 225 |
| زیر 125 | بین 125 و 200 | بالای 200 | 250 |
| زیر 138 | بین 138 و 220 | بالای 220 | 275 |
| زیر 150 | بین 150 و 240 | بالای 240 | 300 |
| زیر 163 | بین 163 و 260 | بالای 260 | 325 |
| زیر 175 | بین 175 و 280 | بالای 280 | 350 |
| زیر 188 | بین 188 و 300 | بالای 300 | 375 |
| زیر 200 | بین 200 و 320 | بالای 320 | 400 |
| زیر 213 | بین 213 و 340 | بالای 340 | 425 |
| زیر 225 | بین 225 و 360 | بالای 360 | 450 |
| زیر 238 | بین 238 و 380 | بالای 380 | 475 |
| زیر 250 | بین 250 و 400 | بالای 400 | 500 |
| زیر 263 | بین 263 و 420 | بالای 420 | 525 |
| زیر 275 | بین 275 و 440 | بالای 440 | 550 |
| زیر 288 | بین 288 و 460 | بالای 460 | 575 |
| زیر 300 | بین 300 و 480 | بالای 480 | 600 |

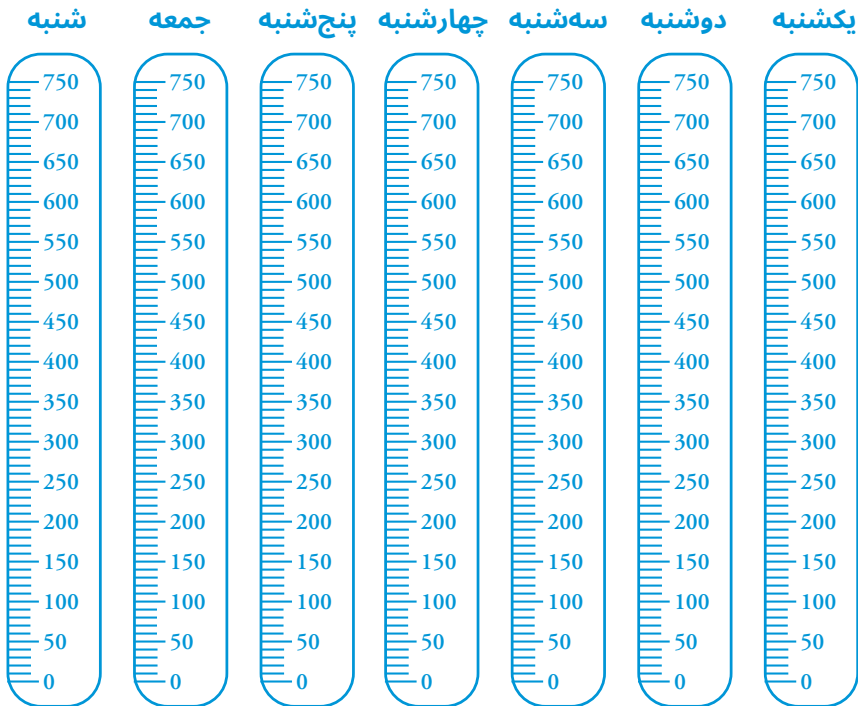
ناحیه قرمز با 911 تماس بگیرید. همین الان کمک بگیرید!

ناحیه زرد با پزشک تماس بگیرید

ناحیه سبز حال خوب

جریان اوج خود را در ساعت مشخصی از روز اندازه بگیرید. هر سه عدد را ثبت کنید. دور بهترین (بالاترین) عدد خط بکشید. با استفاده از این عدد مشخص کنید که در کدام یک از نواحی **سبز**، **زرد** یا **قرمز** هستید. «برنامه عملی آسم» را رعایت کنید. اگر برنامه عملی آسم ندارید، با پزشکتان مشورت کنید.

هفته 1 تاریخ:

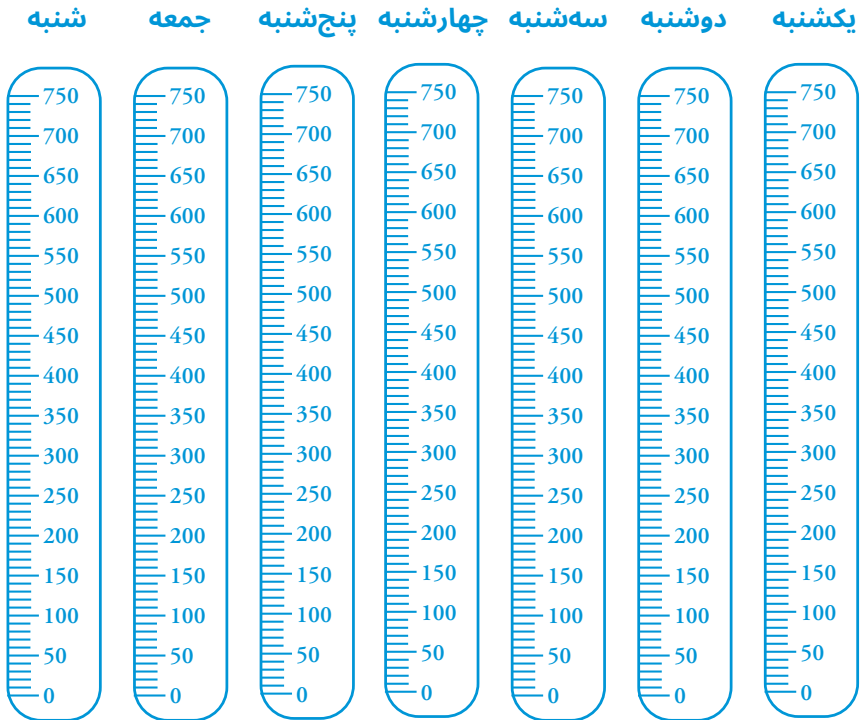


بالاترین عدد جریان اوج برای روز

بهترین عدد جریان اوج شخصی

(بالاترین عدد جریان اوج طی 2 هفته): _____

هفته 2 تاریخ: _____



بالاترین عدد جریان اوج برای روز



پزشک شما

پزشک‌تان همواره آماده کمک‌رسانی به شماست. از پزشک خود نوبت بگیرید و به‌موقع به پزشک مراجعه کنید. شماره تلفن پزشک را در دسترس نگه دارید.

نام پزشک من: _____

شماره تلفن: _____

بخش آموزش بهداشت

با مسئول آموزش آسم گفتگو کنید
1.855.878.4374 (TTY 711) دوشنبه-جمعه 9 صبح - 4 بعدازظهر



L.A. Care



My Health in Motion™

یک حساب کاربری در درگاه بهداشت و سلامت L.A. Care بسازید.
با MyHIM به امکانات زیر دسترسی خواهید داشت:

- ❖ مطالب و ویدیوهای تخصصی بهداشتی
- ❖ مربیان بهداشت با استفاده از قابلیت گفتگو
- ❖ کارگاه‌های آموزشی فردی و تقویم قرارهای گروهی مجازی

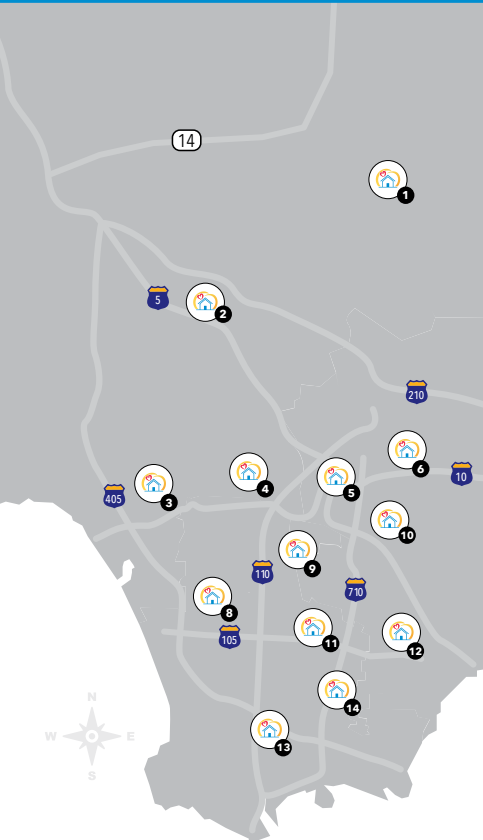
خط مشاوره پرستاری L.A. Care

برای خط مطرح کردن پرسش‌های بهداشتی عمومی درباره حفظ سلامت خود و خانواده، با **مشاوره پرستاری L.A. Care** تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها تماس بگیرید. با شماره **1.800.249.3619 (TTY 711)** تماس بگیرید.



Community Resource Center

مکان‌های مرکز کمک‌رسانی



Inglewood

2864 W. Imperial Hwy
Inglewood, CA 90303
1.310.330.3130

South L.A.

.5710 Crenshaw Blvd
Los Angeles, CA 90043
(بهداشتها 2024)

East L.A.

.Whittier Blvd 4801
Los Angeles, CA 90022
1.213.438.5570

Lynwood

.E. Imperial Hwy 3200
Lynwood, CA 90262
1.310.661.3000

Norwalk

.Rosecrans Ave 11721
Norwalk, CA 90650
1.562.651.6060

Wilmington

.N. Avalon Blvd 911
Wilmington, CA 90744
1.213.428.1490

Long Beach

.Atlantic Ave 5599
Long Beach, CA 90805
1.562.256.9810

Palmdale

2072 E. Palmdale Blvd.
Palmdale, CA 93550
1.213.438.5580

Panorama City

.7868 Van Nuys Blvd
Panorama City, CA 91402
1.213.438.5497
(بهداشتها 2024)

West L.A.

11173 W. Pico Blvd.
Los Angeles, 90064
1.310.231.3854

Metro L.A.

.1233 S. Western Ave
Los Angeles, CA 90006
1.213.428.1457

Lincoln Heights

.2426 N. Broadway
Los Angeles, CA 90031
1.213.294.2840
(افتتاحیه 2024)

El Monte

.Santa Anita Ave 3570
El Monte, CA 91731
14951.213.428

Pomona

.W. Holt Ave 696
Pomona, CA 91768
1.909.620.1661

برنامه درمانی Blue Shield of California Promise با L.A. Care Health Plan قرارداد دارد تا خدمات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal را در کانتی لس آنجلس ارائه دهد. L.A. Care و Blue Shield Promise نهادهای مستقل هستند. از دارندگان مستقل مجوز انجمن Blue Shield است.



برای اطلاعات بیشتر، از CommunityResourceCenterLA.org بازدید کنید یا با 1.877.287.6290 (711 TTY)، از دوشنبه تا جمعه، 9 صبح تا 5 عصر تماس بگیرید.



lacare.org



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For A Healthy Life

بخش آموزش بهداشت

1.855.878.4374 (TTY 711)

دوشنبه-جمعه 9 صبح تا 4 ب.ظ