

OSOBISTY PRZEWODNIK  
**Mój plan działań z POChP**

**Ten plan należy do**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Lekarz kontaktowy**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Kontakt w razie alarmu**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

*Ten plan działań powinien zostać wypełniony w porozumieniu z Twoim lekarzem/fizjoterapeutą  
 Ten plan powinien być konsultowany z Twoim lekarzem/fizjoterapeutą przy każdej wizycie.*

**Dziś czuję się dobrze**

- Łatwo oddycham  
(długość mojego oddechu jest na zwykajowym poziomie)
- Wysypiam się prawidłowo
- Mogę wykonywać codzienne czynności
- Mam normalny kaszel i wydzielinę

**Co powinienem robić?**

- Brać codzienne leki zgodnie z zaleceniami
- Używać tlenoterapii zgodnie z instrukcjami
- Zastosować techniki oczyszczania/urządzenia OPEP zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego
- Unikać przyczyn zaostrzeń POChP np. palenia
- Dodatkowe działania \_\_\_\_\_

Lekarstwa/Terapia	Dawka	Częstotliwość

**Dziś czuję się źle**

- Mam trudności z oddychaniem
- Mam kłopoty ze spaniem
- Codzienne czynności wykonuję ostrożnie
- Mój kaszel jest gorszy niż zazwyczaj i z większą ilością wydzieliny
- Czuję się niecodziennie zmęczony

**Co powinienem robić?**

- Brać codzienne leki zgodnie z zaleceniami
- Informować lekarza prowadzącego o objawach
- Użyć inhalatora "ratunkowego" co ..... godzin/ę
- Zastosować techniki oczyszczania/urządzenia OPEP zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego
- Unikać przyczyn zaostrzeń POChP np. palenia
- Dodatkowe działania \_\_\_\_\_

Lekarstwa/Terapia	Dawka	Częstotliwość

**Alarm!**

- Mam nad wyraz skrócony oddech nawet w spoczynku
- Pojawia się ból w klatce piersiowej
- Nie daję rady wykonywać codziennych czynności
- Czuję się zdezorientowany i/lub zakłopotany
- W mojej wydzielinie z płuc jest krew

**Co powinienem robić?**

**Zadzwoń pod nr alarmowy 999 lub 112  
 Wezwać pomoc**

Zażyj specjalne leki przepisane przez lekarza prowadzącego (oznacz nazwę i sposób dawkowania)

\_\_\_\_\_

W czasie oczekiwania na pomoc:

\_\_\_\_\_

Lekarstwa/Terapia	Dawka	Częstotliwość

Inne zalecenia: \_\_\_\_\_