



Hoidon seuranta PEF-taulukko

Nimi _____

Syntymäaika _____

Pituus _____

Aloituspäivä _____ / _____ 20____

1 - 2 viikkoa ennen vastaanottoa

Pvm																			
Klo																			
PEF-mittaukset 3 puhallusta aamulla ja illalla ENNEN lääkkeitä	1.																		
	2.																		
	3.																		

Lisäohjeet PEF-seurannan tekemiseksi saat lääkäriltäsi/hoitajaltasi:

Klo																			
PEF-mittaukset 3 puhallusta 20 min. avaavan lääkkeen JÄLKEEN	1.																		
	2.																		
	3.																		
Keuhkoputkia avaavan lääkkeen nimi:	L/min																		

	600																		
	500																		
	400																		
	300																		
	200																		

PEF-mittarin puhallusohje

1. Aseta mittarin osoitin nolnaan. Pidä mittari vaakasuorassa.
2. Vedä keuhkot mahdollisimman täyteen ilmaa.
3. Suorita mittariin lyhyt (kesto alle sekunnin) mutta mahdollisimman voimakas ja terävä ulospuhallus.
4. Puhallus toistetaan kolme kertaa.
5. Merkitse saavuttamasi puhallusarvot muistiin.
6. Onnistunut puhallus poikkeaa toisista korkeintaan aikuisilla 20 litraa ja lapsilla 10 litraa.
7. Merkitse kolmesta puhalluksesta paras yllä olevaan taulukkoon.

Tämän seurannan aikana käyttämäsi lääkitys:

Astman hoidon tavoitearvossi (PEF) = _____ l/min

Astmasi on hyvässä tasapainossa kun:

1. PEF-arvoissa ei suuria vaihteluja
2. Ei oireita rasituksen jälkeen, öisin eikä pakkasessa
3. Ei runsasta oirelääkkeen käyttöä
4. Ei astman pahenemisvaiheita

Astman arviointilomake

Pvm _____ Nimi _____

Käyttämäsi astmalääkkeet:

hoitava: _____

avaava: _____

muut: _____

Tupakoitko en kyllä _____ savuketta / pv olen lopettanut, pvm _____
Kuinka kauan olet tupakoinut _____ vuotta

Milloin astmasi on todettu (vuonna) _____

Onko sinulla KELA:n erityiskorvaus astmalääkkeisiisi ei kyllä

Arvioi onko astmasi kunnossa. Tilanne viimeisen kuukauden ajalta:

Häiritseekö astmasi päivittäisiä toimia ei lainkaan 1-3 krt. viikossa päivittäin

Kuinka usein olet joutunut heräämään yöllä astman tai yskän takia en lainkaan satunnaisesti usein

Aiheuttaako rasitus sinulle oireita ei joskus usein

Onko sinulla poissaoloja työstä tai koulusta astman takia ei joskus usein

Kuinka usein otat avaavaa oirelääkettä (esim. Bricanyl, Ventoline) en lainkaan 1-3 krt. viikossa lähes joka päivä

Mitä toivot vastaanottokäynniltäsi

1. _____

2. _____

3. _____

