

小川赤十字病院 吸入連携 確認リスト

※ 確認リスト項目へのご意見がございましたら、吸入指導報告書の特記事項にご記載ください

エアージェル

<横から見た図>



<うしろから見た図>



※ 吸入補助具(スパーサーやプッシュ補助具)使用推奨

(アドエア・オルベスコ・サルタノールはプッシュ補助具あり)

※ 上下間違わずアルミ缶を人差し指と中指で支えて持つ

※ 背筋を伸ばして胸をはりまっすぐ前を向く

操作方法	確認リスト
① 準備 (6項目)	<input type="checkbox"/> 初回空うちを行っていない (アドエア4回、オルベスコ3回、キュバル2回) <input type="checkbox"/> 吸入補助器具を空になった製品と一緒に捨ててしまった <input type="checkbox"/> キャップを外していない <input type="checkbox"/> 残量を確認していない <input type="checkbox"/> 吸入器を振っていない (5回を目安、統一化を図る) <input type="checkbox"/> デバイスを上下逆に持っている
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 息吐きを行っていない <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い
③ 吸入 (5項目)	<input type="checkbox"/> 吸入補助器具の根元を押しており、噴霧できない <input type="checkbox"/> 「ゆっくり、深く」吸いこめていない <input type="checkbox"/> ガスが口の間隙から漏れている <input type="checkbox"/> 吐くタイミングでアルミ缶を押している <input type="checkbox"/> 息を止めてしまっている
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 息止めを行っていない
⑤ 息吐き	
⑥ 繰り返し	<input type="checkbox"/> (複数回吸入時) 連続で押して1度で吸おうとしている
⑦ 後片付け	<input type="checkbox"/> キャップをしていない
⑧ うがい	<input type="checkbox"/> うがいをしていない <input type="checkbox"/> うがいをしているが不十分