

Nom : _____

Mois : _____

Calendrier des symptômes de l'asthme



RÉSEAU QUÉBÉCOIS
DE L'ASTHME
ET DE LA M.P.O.C.

Mon quiz sur l'asthme

Chaque soir, je mets un crochet devant les symptômes qui m'ont affecté **AUJOUR'HUI**.

| AUJOUR'HUI, est-ce que j'ai toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer... | EX | Jours du mois | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| 1) Pendant la journée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) Assez pour me réveiller la nuit | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (inscrire le nombre de fois pas jour) | ✓✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) Assez pour limiter mes activités physiques ou sportives | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Assez pour m'absenter de l'école, de mes activités habituelles ou du travail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) Assez pour visiter un docteur à l'urgence ou dans une clinique sans rendez-vous | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de crochets : | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Aujourd'hui, mon asthme est :

Le nombre de crochets sur *Mon quiz sur l'asthme* représente mon niveau de contrôle de l'asthme.

| | EX | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| 😊 SOUS CONTRÔLE : 0 ou 1 crochet par jour | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 😞 MAL CONTRÔLÉ : 2 crochets ou plus par jour en tout temps ou 1 crochet ou plus par jour 4 jours ou plus au cours d'une période de 7 jours | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 😡 HORS DE CONTRÔLE = Ma pompe bleue ne me soulage pas pendant au moins 4 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mes médicaments contre l'asthme *

J'inscris le nombre total de bouffées (puffs)/comprimés, des médicaments pris **AUJOUR'HUI**.

| *Détails au verso | EX | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | |
|--|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| Médicament de contrôle: _____ (Pour réduire l'inflammation) | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médicament de secours: _____ (Pour ouvrir les bronches) | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre médicament: _____ (Antibiotiques, stéroïdes nasaux et oraux) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre médicament: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Autres symptômes/éléments déclencheurs

Je note ces informations et je mets un crochet si elles s'appliquent à moi **AUJOUR'HUI**.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| 👉 _____ (ex.: nez qui coule, contact avec allergènes) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 👉 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

