

PLAN D'ACTION EN ASTHME

 Prénom, nom: _____

 Médecin traitant: _____

 Pharmacie: _____

 Service éducatif: _____

 Autres ressources importantes: _____

 Année de la dernière spirométrie: _____

 Allergies: ☐ NON ☐ OUI

☐  CHATS ☐  CHIENS ☐  POLLEN

☐  GRAMINÉES ☐  ACARIENS ☐  AUTRE

 Autres informations importantes: _____

 Lors d'une détérioration de mon asthme, j'observe:

- ☐ Toux
- ☐ Respiration sifflante
- ☐ Essoufflement
- ☐ Serrement dans la poitrine
- ☐ Sécrétions
- ☐ Fatigue

J'observe en premier: _____

	 TOUT VA BIEN	 AJUSTEMENT À FAIRE	 BESOIN D'AIDE
MESSAGES CLÉS:	Prenez vos médicaments tel que prescrits	Ajustez votre médication selon le plan, si 1 seul X:	Consultez rapidement (médecin ou urgence), si 1 seul X:
 Symptômes le jour	Max 2 jours/semaine	☐ 3 jours/semaine et +	☐ Tous les jours
 Symptômes la nuit	Aucun	☐ 1 nuit/semaine et +	☐ Plusieurs nuits
 Utilisation du traitement de secours	Max 2 doses/semaine	☐ 3 doses/semaine et +	☐ À chaque 3-4 heures
 Activités physiques	Normales	☐ Limitées	☐ Très limitées
 Débits de pointe	90 à 100% Votre valeur: _____ à _____	☐ 60 à 90% _____ à _____	☐ Moins de 60% _____ à _____
 Médicaments pour les poumons (nom, nbre de bouffées, nbre de fois/jour):	_____	_____	_____
 Médicaments pour le nez (nom, nbre de bouffées, nbre de fois/jour):	_____	_____	_____
 Autres médicaments:	_____	_____	_____
 Je m'engage à:	Prendre la médication telle que prescrite ☐	Appliquer le plan et consulter si pas d'amélioration en 24-48h ☐	Consulter rapidement ☐