

CALENDRIER DES SYMPTÔMES EN ASTHME

 Prénom: _____

Nom: _____

 Mois: _____



RQESR
RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ÉDUCATION
EN SANTÉ RESPIRATOIRE
La référence des professionnels

[illegible]

DÉBIT DE POINTE EN ASTHME



Mois: _____



La référence des professionnels

- 5 J'expire le plus fort et le plus vite possible.
- 6 Je fais cet exercice 3 fois et je note la lecture la plus élevée dans le graphique.

 Zone rouge: _____

**INSCRIRE LA MEILLEURE VALEUR PRISE LE MATIN (AM) ET CELLE PRISE LE SOIR (PM).
UTILISER «●» POUR UNE MESURE PRÉ-BRONCHODILATATEUR ET «X» POUR UNE MESURE POST-BRONCHODILATATEUR**

JOURS DU MOIS

[illegible]

CONSULTATIONS MÉDICALES / INSCRIRE : **P** = APPEL PERSONNE RESSOURCE **M** = VISITE MÉDICALE **U** = VISITE À L'URGENCE **H** = HOSPITALISATION

[illegible]

Notes personnelles: