

Je me sens beaucoup moins bien

Mes symptômes	Mes actions
<ul style="list-style-type: none"> Mes symptômes s'aggravent. Après 48 heures de traitement mes symptômes ne s'améliorent pas. 	<ul style="list-style-type: none"> J'appelle ma personne-ressource. Après 17 heures ou pendant le week-end, je me rends à l'urgence d'un hôpital.

Je crois que ma vie est en danger

Mes symptômes	Mes actions
<p>Dans n'importe quelle situation, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> Je suis extrêmement essouffé(e) Je suis agité(e), confus(e) et/ou somnolent(e) J'ai des douleurs thoraciques 	<ul style="list-style-type: none"> Je compose le 911 pour qu'une ambulance me transporte à l'urgence d'un hôpital.

Autres recommandations de mon médecin concernant mon plan d'action :

Mieux vivre **MPOC**^{MC}
avec une
maladie pulmonaire obstructive chronique

Un plan d'action pour la vie



Mieux vivre **MPOC**^{MC}
avec une
maladie pulmonaire obstructive chronique

Un plan d'action pour la vie

Plan d'action

Mon nom est : _____

Liste de personnes-ressources

Service	Nom	Téléphone
Personne-ressource		
Médecin de famille		
Pneumologue		
Pharmacien(ne)		

Je me sens bien

Mes symptômes habituels

- Je me sens essouffé(e) : _____
- J'ai des sécrétions à tous les jours.
 Non Oui, couleur : _____
- Je tousse régulièrement Non Oui

Mes actions

- Je dors bien, j'ai un bon appétit et je fais mes activités courantes et mes exercices _____

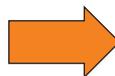
Mon traitement régulier est :

Nom du médicament	Dose	Bouffées/pilules	Fréquence

Je me sens moins bien

Mes symptômes

- **Changements de mes sécrétions (couleur, volume, consistance)**
- **Plus d'essoufflement qu'à l'habitude**
Notez que ces symptômes peuvent faire suite à un rhume/grippe ou à un mal de gorge.



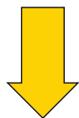
Mes actions

- Je prends le **traitement additionnel** prescrit par mon médecin.
- J'évite ce qui peut aggraver mes symptômes.
- J'utilise mes techniques de respiration, de relaxation, de positionnement du corps et de conservation de l'énergie.
- J'avise ma personne-ressource : _____

CHANGEMENTS DE MES SÉCRÉTIONS

PLUS D'ESOUFFLEMENT QU'À L'HABITUDE

Mon traitement additionnel est :



- Je débute la prise de mon **ANTIBIOTIQUE** si mes **SÉCRÉTIONS** deviennent _____

J'observe la **couleur**, le volume et la consistance de mes sécrétions (pas seulement le matin.)
Je n'attends pas plus de 48 heures pour débiter la prise de mon antibiotique.

Antibiotique	Dose	Pilules	Fréquence/jours

Commentaires :



- J'augmente le dosage de mon médicament de secours (**BRONCHODILATATEUR**) si je suis **PLUS ESSOUFFLÉ(E)** qu'à l'habitude.

Bronchodilatateur	Dose	Bouffées	Fréquence

Commentaires :



- Je débute la prise de ma **PREDNISONNE** si malgré l'augmentation du dosage de mon bronchodilatateur mon **ESOUFFLEMENT NE S'AMÉLIORE PAS** et j'ai de la difficulté à accomplir mes tâches habituelles.

Je n'attends pas plus de 48 heures pour débiter la prise de ma prednisone.

Prednisone	Dose	Pilules	Fréquence/jours

Commentaires :

