

## Je me sens beaucoup moins bien

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

## 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"> <li>Je suis extrêmement essouffé(e)</li> <li>Je suis agité(e), confus(e) et/ou somnolent(e)</li> <li>J'ai des douleurs thoraciques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Je compose le 911 pour qu'une ambulance me transporte à l'urgence d'un hôpital.</b></li> </ul>

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

---



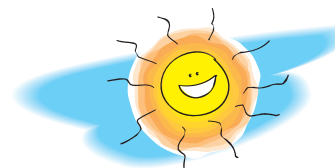
---



---

Mieux vivre **MPOC**<sup>MC</sup>  
avec une  
maladie pulmonaire obstructive chronique

Un plan d'action pour la vie



Mieux vivre **MPOC**<sup>MC</sup>  
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'ESSOUFFLEMENT 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 **ESSOUFFLEMENT 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 prednisonne.

Prednisonne	Dose	Pilules	Fréquence/jours

Commentaires :

