

PLAN D'ACTION POUR L'ASTHME

Nom : _____

Date : _____

ASTHME BIEN CONTRÔLÉ ACTIONS

Vous avez répondu
NON partout dans
le test de contrôle
de l'asthme

Prenez vos médicaments de contrôle comme prescrit.

Médicament de contrôle : _____ Dose : _____ mcg/inh Inhalation(s) : _____

Fréquence : _____ fois/jour à chaque jour

Prenez votre médicament de secours au besoin.

Médicament de contrôle : _____ Dose : _____ mcg/inh Inhalation(s) : _____

Fréquence : au besoin (Max 2 fois/semaine)

ASTHME MAL CONTRÔLÉ ACTIONS

Vous avez répondu
OUI à 1 question ou
plus dans le test de
contrôle de l'asthme

Ajustez votre traitement selon votre plan d'action.

Médicament de contrôle : _____ Dose : _____ mcg/inh Inhalation(s) : _____

Fréquence : _____ fois/jour à chaque jour Durée du traitement : _____

Médicament de secours : _____ Dose : _____ mcg/inh Inhalation(s) : _____

Fréquence : au besoin (ne pas répéter avant 4h)

Corticostéroïdes oraux : _____ Dose : _____ # comprimé(s) : _____

Fréquence : _____ fois/jour Durée du traitement : _____

Évitez les facteurs qui peuvent provoquer ou aggraver vos symptômes.

Avisez votre personne-ressource.

À LA SUITE DE L'APPLICATION DE VOTRE PLAN D'ACTION, VOS SYMPTÔMES :

sont maîtrisés :
PASSEZ À LA SECTION VERTE

sont inchangés ou ont empiré :
PASSEZ À LA SECTION ROUGE

ASTHME HORS DE CONTRÔLÉ

Vos symptômes sont inchangés
à la suite de l'application de votre
plan d'action ou ils empirent

Votre médicament de secours de
soulage pas vos symptômes
pendant au moins 4 h

Appelez un médecin ou rendez-vous immédiatement à l'urgence
si celui-ci n'est pas joignable.

Prenez 1 à 2 inhalations de votre médicament de secours et répétez
cette étape aux 20 minutes si nécessaire.

Liste des
personnes
ressources

Spécialiste

Nom

Téléphone

Inhalothérapeute

Infirmière

Médecin de famille

Pharmacien

Pneumologues

Autres