

DT9173

FORMULAIRE D'ORDONNANCE



Plan d'action pour les crises d'asthme

- SITUATION D'URGENCE -

Nom de l'établissement _____

Téléphone _____

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Allergies _____

Poids _____ kg

Mon asthme est contrôlé

Si :



J'ai répondu **OUI** à aucune (0) des questions du *Quiz* (voir au verso) **ET**

Je me sens bien

Mon asthme est mal contrôlé

Si :



J'ai répondu **OUI** à 1 question ou plus du *Quiz* (voir au verso) **OU**

Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer **OU**

Je commence un rhume

Aujourd'hui, mon asthme est hors de contrôle

Pour traiter cette crise d'asthme, le médecin recommande que je prenne :

Médicament de CONTRÔLE _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin **OU** _____ (durée du traitement)

Médicament de SECOURS _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) **SI BESOIN**
(pour ouvrir les bronches) _____
lorsque je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer. # : _____ R : _____
SI JE DOIS RÉPÉTER AVANT 4 HEURES, J'APPELLE OU VOIS UN MÉDECIN

Corticostéroïdes oraux _____ (nom) _____ (teneur) _____ (dose) _____ fois/jour pendant _____ jours # : _____ NR
(pour réduire l'inflammation)

AUTRE(S) médicament(s) _____ # : _____ R : _____

Chambre d'espacement _____ # : _____ R : _____
(voir conseil 3 au verso)

D^r _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date _____

Après cette crise d'asthme, le médecin recommande que je rencontre avant 6 semaines :

Mon médecin _____ (nom/clinique) afin de recevoir un **NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.**

Mon pharmacien ou mon éducateur en asthme _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :



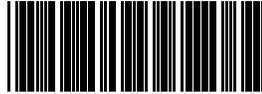
Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** **OU**

Mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) ne me soulage pas pendant **au moins 4 heures** **OU**

Je ne me sens **PAS MIEUX** après _____

Quoi faire ? C'est URGENT :

Je dois prendre mon médicament de secours encore et appeler ou voir un médecin tout de suite.



DT9173

FORMULAIRE D'ORDONNANCE



Plan d'action pour les crises d'asthme

- SITUATION D'URGENCE -

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Nom de l'établissement

Téléphone

Allergies _____

Poids _____ kg

Mon asthme est contrôlé

Si :



J'ai répondu **OUI** à aucune (0) des questions du *Quiz* (voir au verso) **ET**

Je me sens bien

Mon asthme est mal contrôlé

Si :



J'ai répondu **OUI** à 1 question ou plus du *Quiz* (voir au verso) **OU**

Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer **OU**

Je commence un rhume

Aujourd'hui, mon asthme est hors de contrôle

Pour traiter cette crise d'asthme, le médecin recommande que je prenne :

Médicament de CONTRÔLE _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin **OU** _____ (durée du traitement)

Médicament de SECOURS _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) **SI BESOIN**
(pour ouvrir les bronches) _____
lorsque je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer. # : _____ R : _____
SI JE DOIS RÉPÉTER AVANT 4 HEURES, J'APPELLE OU VOIS UN MÉDECIN

Corticostéroïdes oraux _____ (nom) _____ (teneur) _____ (dose) _____ fois/jour pendant _____ jours # : _____ NR
(pour réduire l'inflammation)

AUTRE(S) médicament(s) _____ # : _____ R : _____

Chambre d'espacement _____ # : _____ R : _____
(voir conseil 3 au verso)

D^r _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date _____

Après cette crise d'asthme, le médecin recommande que je rencontre avant 6 semaines :

Mon médecin _____ (nom/clinique) afin de recevoir un **NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.**

Mon pharmacien ou mon éducateur en asthme _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :



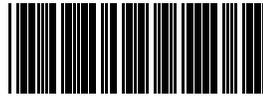
Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** **OU**

Mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) ne me soulage pas pendant **au moins 4 heures** **OU**

Je ne me sens **PAS MIEUX** après _____

Quoi faire ? C'est URGENT :

Je dois prendre mon médicament de secours encore et appeler ou voir un médecin tout de suite.



DT9173

FORMULAIRE D'ORDONNANCE



Plan d'action pour les crises d'asthme

- SITUATION D'URGENCE -

Nom de l'établissement _____

Téléphone _____

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Allergies _____

Poids _____ kg

Mon asthme est contrôlé

Si :



J'ai répondu **OUI** à aucune (0) des questions du *Quiz* (voir au verso) **ET**

Je me sens bien

Mon asthme est mal contrôlé

Si :



J'ai répondu **OUI** à 1 question ou plus du *Quiz* (voir au verso) **OU**

Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer **OU**

Je commence un rhume

Aujourd'hui, mon asthme est hors de contrôle

Pour traiter cette crise d'asthme, le médecin recommande que je prenne :

Médicament de CONTRÔLE _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin **OU** _____ (durée du traitement)

Médicament de SECOURS _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) **SI BESOIN**
(pour ouvrir les bronches)

lorsque je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer. # : _____ R : _____
SI JE DOIS RÉPÉTER AVANT 4 HEURES, J'APPELLE OU VOIS UN MÉDECIN

Corticostéroïdes oraux _____ (nom) _____ (teneur) _____ (dose) _____ fois/jour pendant _____ jours # : _____ NR
(pour réduire l'inflammation)

AUTRE(S) médicament(s) _____ # : _____ R : _____

Chambre d'espacement _____ # : _____ R : _____
(voir conseil 3 au verso)

D^r _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date _____

Après cette crise d'asthme, le médecin recommande que je rencontre avant 6 semaines :

Mon médecin _____ (nom/clinique) afin de recevoir un **NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.**

Mon pharmacien ou mon éducateur en asthme _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :



Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** **OU**

Mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) ne me soulage pas pendant **au moins 4 heures** **OU**

Je ne me sens **PAS MIEUX** après _____

Quoi faire ? C'est URGENT :

Je dois prendre mon médicament de secours encore et appeler ou voir un médecin tout de suite.



Plan d'action pour les crises d'asthme en situation d'urgence

TOUTES LES PERSONNES ASTHMATIQUES

PEUVENT AVOIR UNE VIE ACTIVE !

L'asthme est une maladie qui affecte mes poumons (bronches) **CHAQUE JOUR**, même entre les crises. Je peux contrôler mon asthme si je m'en occupe **TOUS LES JOURS**, même si je me sens bien.

5 CONSEILS POUR RESTER EN CONTRÔLE

1 Recevoir de l'aide.



Mon **pharmacien** ou mon **éducateur en asthme** sont là pour m'aider à comprendre comment traiter mon asthme et comment utiliser mon Plan d'action. Je peux trouver un **éducateur en asthme** en téléphonant au RQAM* au 1 877 441-5072. * Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) www.rqam.ca

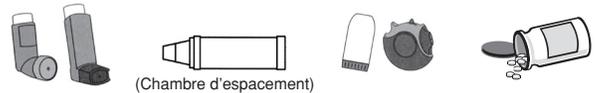
2 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 1 866 j'arrête
☎ 1 866 527-7383
www.jarrete.qc.ca

- Je dois éviter de fumer ou d'être dans une maison ou une voiture lorsque quelqu'un y fume.
- Je dois reconnaître ce qui déclenche mon asthme et essayer de l'éviter.
- Si j'ai un rhume, je vais utiliser mon Plan d'action, me moucher et me nettoyer le nez avec de l'eau salée, si nécessaire.

3 Prendre mes médicaments, tel que prescrit.



- Je revois la technique pour utiliser mes pompes (inhalateurs) avec mon **pharmacien** ou mon **éducateur en asthme**.
- Voici **mes trucs** pour me souvenir de prendre mes médicaments : _____

4 Refaire mon *Quiz* sur l'asthme régulièrement.

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer...

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1) Pendant la journée, 4 jours ou plus? | OUI | NON |
| 2) Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus? | OUI | NON |
| 3) Assez pour utiliser mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) 4 fois ou plus , incluant 1 fois par jour avant l'exercice? | OUI | NON |
| 4) Assez pour me limiter dans mes activités physiques? | OUI | NON |
| 5) Assez pour m' absenter de mes activités habituelles, de l'école ou du travail? | OUI | NON |

Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI? _____

Si aucune (0) : asthme contrôlé ●

Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé ◆

5 Revoir mon *médecin* régulièrement.



Mon **médecin** est là pour m'aider à atteindre mon but.

- Il veut savoir comment je vais et revoir mes résultats au *Quiz* sur l'asthme.
- Ensemble, nous discuterons d'un NOUVEAU Plan d'action avec des instructions quand *mon asthme est contrôlé* et quand *il est mal contrôlé*.
- Ce NOUVEAU Plan d'action va m'aider à : – contrôler mon asthme tous les jours;
– prévenir une autre crise d'asthme.