



Plan d'action pour l'asthme

Quiz

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, **3 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 **3 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 ◆

ORDONNANCE Date : _____

Dossier _____
 Nom _____
 Adresse _____

 Date de naissance _____

Asthme contrôlé



Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

- Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à aucune (0) des questions ET
- Je me sens bien ET
- Si je mesure mes débits de pointe, ils sont normaux (_____ ou plus)

5 conseils pour rester en contrôle : voir au verso

- Médicament de CONTRÔLE _____ μg/bouffée # _____
 _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour **chaque jour** R _____
- AUTRE(S) _____
- Médicament de SECOURS : _____ μg/bouffée # _____
 _____ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R _____
- Chambre d'espacement _____

Asthme mal contrôlé



Quoi faire?

Ajuster mon traitement : (et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

- Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à 1 question ou plus OU
- Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer OU
- Je commence un rhume OU
- Mes débits de pointe ont diminué (entre _____ et _____)

J'ai terminé mon traitement ajusté et je me sens mieux : je vais à la section ●

Je me sens moins bien : je vais à la section ■

- Médicament de CONTRÔLE _____ μg/bouffée # _____
 _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour _____ (durée du traitement) R _____
 - AUTRE(S) _____
 - Médicament de SECOURS : _____ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant _____ heures)
- Si : _____, je dois : _____
 _____ (critère de réponse inadéquate)
 _____ (ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin _____ ()
 En lettres moulées
 Dr _____ Signature N° de permis _____

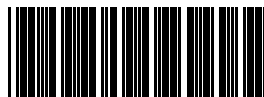
Asthme hors de contrôle



Quoi faire? C'est URGENT :

- 1** Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU
- 2** Je suis essouffé au repos ou à la parole OU
- 3** Mon médicament de SECOURS **ne me soulage pas** pendant **au moins 4 heures** OU
- 4** J'ai eu besoin de plus de **24 inhalations de bronchodilatateur à courte durée d'action (BACA)** (_____) ou plus de **8 inhalations de corticostéroïdes inhalés (CSI)-formotérol** (_____) dans les dernières 24 heures OU
- 5** Mes débits de pointe ont diminué à moins de 60% de ma meilleure valeur personnelle (soit moins de _____)

Je dois appeler ou voir tout de suite un médecin ou un professionnel habilité



DT9255



Plan d'action pour l'asthme

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Quiz

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, **3 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 **3 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 ◆

ORDONNANCE Date : _____

Asthme contrôlé



Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

● Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à aucune (0) des questions ET

● Je me sens bien ET

● Si je mesure mes débits de pointe, ils sont normaux (_____ ou plus)

5 conseils pour rester en contrôle : voir au verso

○ Médicament de CONTRÔLE _____ μg/bouffée # _____
 _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour **chaque jour** R _____

○ AUTRE(S) _____

○ Médicament de SECOURS : _____ μg/bouffée # _____
 _____ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R _____

○ Chambre d'espacement _____

Asthme mal contrôlé



Quoi faire?

Ajuster mon traitement : (et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

◆ Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à 1 question ou plus OU

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

◆ Je commence un rhume OU

◆ Mes débits de pointe ont diminué (entre _____ et _____)

◆ Médicament de CONTRÔLE _____ μg/bouffée # _____
 _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour _____ (durée du traitement) R _____

◆ AUTRE(S) _____

◆ Médicament de SECOURS : _____ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant _____ heures)

Si : _____, je dois : _____
 (critère de réponse inadéquate)

(ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin _____ (En lettres moulées)

Dr _____ Signature N° de permis _____

J'ai terminé mon traitement ajusté et je me sens mieux : je vais à la section ●

Je me sens moins bien : je vais à la section ■

Asthme hors de contrôle



Quoi faire? C'est URGENT :

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

2 Je suis essouffé au repos ou à la parole OU

3 Mon médicament de SECOURS **ne me soulage pas** pendant **au moins 4 heures** OU

4 J'ai eu besoin de plus de **24 inhalations de bronchodilatateur à courte durée d'action (BACA)** (_____) ou plus de **8 inhalations de corticostéroïdes inhalés (CSI)-formotérol** (_____) dans les dernières 24 heures OU

5 Mes débits de pointe ont diminué à moins de 60% de ma meilleure valeur personnelle (soit moins de _____)

Je dois appeler ou voir tout de suite un médecin ou un professionnel habilité



Plan d'action pour l'asthme

Quiz

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, **3 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 **3 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 ◆

ORDONNANCE Date : _____

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Asthme contrôlé



Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

● Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à aucune (0) des questions ET

● Je me sens bien ET

● Si je mesure mes débits de pointe, ils sont normaux (_____ ou plus)

5 conseils pour rester en contrôle : voir au verso

○ Médicament de CONTRÔLE _____ μg/bouffée # _____
 _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour **chaque jour** R _____

○ AUTRE(S) _____

○ Médicament de SECOURS : _____ μg/bouffée # _____
 _____ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R _____

○ Chambre d'espacement _____

Asthme mal contrôlé



Quoi faire?

Ajuster mon traitement : (et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

◆ Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à 1 question ou plus OU

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

◆ Je commence un rhume OU

◆ Mes débits de pointe ont diminué (entre _____ et _____)

◆ Médicament de CONTRÔLE _____ μg/bouffée # _____
 _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour _____ (durée du traitement) R _____

◆ AUTRE(S) _____

◆ Médicament de SECOURS : _____ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant _____ heures)

Si : _____, je dois : _____
 (critère de réponse inadéquate)

(ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin _____ (_____)
 En lettres moulées

Dr _____ Signature N° de permis _____

J'ai terminé mon traitement ajusté et je me sens mieux : je vais à la section ●

Je me sens moins bien : je vais à la section ■

Asthme hors de contrôle



Quoi faire? C'est URGENT :

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

2 Je suis essouffé au repos ou à la parole OU

3 Mon médicament de SECOURS **ne me soulage pas** pendant **au moins 4 heures** OU

4 J'ai eu besoin de plus de **24 inhalations de bronchodilatateur à courte durée d'action (BACA)** (_____) ou plus de **8 inhalations de corticostéroïdes inhalés (CSI)-formotérol** (_____) dans les dernières 24 heures OU

5 Mes débits de pointe ont diminué à moins de 60% de ma meilleure valeur personnelle (soit moins de _____)

Je dois appeler ou voir tout de suite un médecin ou un professionnel habilité



Plan d'action pour l'asthme

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.

Mon Plan d'action va m'aider à :
• contrôler mon asthme tous les jours;
• prévenir les crises.

5 CONSEILS POUR RESTER EN CONTRÔLE

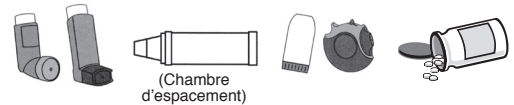
1 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 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.
- J'accepte de : _____
(éviter... me séparer de... me procurer...)
- Lorsque je suis exposé à _____, je dois prendre _____.
- Si j'ai un rhume, je vais utiliser mon Plan d'action, me moucher et, si nécessaire, me nettoyer le nez avec de l'eau salée _____ fois par jour.

2 Prendre mes médicaments d'entretien (section verte).



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

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

4 Revoir régulièrement mon médecin ou mon professionnel habilité.



- Mon **médecin** ou mon **professionnel habilité** _____ ☎ _____
passera en revue avec moi mon Plan d'action : _____
(quand)

5 Recevoir de l'aide.



- Des professionnels de la santé sont là pour m'aider à utiliser mon Plan d'action :
 - Mon **pharmacien** _____ ☎ _____
 - Mon **professionnel habilité*** _____ ☎ _____

*Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR). www.rqesr.ca ☎ 1 877 441-5072

MES OBJECTIFS PERSONNELS

Mon Plan d'action va m'aider à :
J'écris ou je dessine mon but (*facultatif*)