

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 ou le professionnel habilité recommande que je prenne :

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

jusqu'à ce que je revois mon médecin ou mon professionnel habilité OU (durée du traitement)

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

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

AUTRE(S) médicament(s) # : R :

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

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

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

Mon médecin ou mon professionnel habilité (nom/clinique) afin de recevoir un NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.

Mon pharmacien ou mon professionnel habilité (voir au verso) pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.

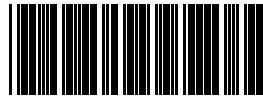
Après mon retour à la maison, si :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration empirent OU
- Je suis essoufflé au repos ou à la parole OU
- Mon médicament de SECOURS ne me soulage pas pendant au moins 4 heures OU
- 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
- Mes débits de pointe ont diminué à moins de 60% de ma meilleure valeur personnelle (soit moins de)
- Je ne me sens PAS MIEUX après



Quoi faire ? C'est URGENT :

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



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 ou le professionnel habilité recommande que je prenne :

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

jusqu'à ce que je revois mon médecin ou mon professionnel habilité OU (durée du traitement)

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

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

AUTRE(S) médicament(s) # : R :

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

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

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

Mon médecin ou mon professionnel habilité (nom/clinique) afin de recevoir un NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.

Mon pharmacien ou mon professionnel habilité (voir au verso) pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.

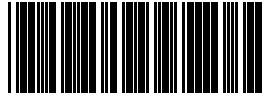
Après mon retour à la maison, si :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU
- Je suis essouffé au repos ou à la parole OU
- Mon médicament de SECOURS ne me soulage pas pendant au moins 4 heures OU
- 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
- Mes débits de pointe ont diminué à moins de 60% de ma meilleure valeur personnelle (soit moins de)
- Je ne me sens PAS MIEUX après



Quoi faire ? C'est URGENT :

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



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 ou le professionnel habilité recommande que je prenne :

- Médicament de CONTRÔLE (pour réduire l'inflammation) (nom) µg/dose (couleur) bouffée(s) fois/jour # : R :
 jusqu'à ce que je revois mon médecin ou mon professionnel habilité OU (durée du traitement)
 - Médicament de SECOURS (pour ouvrir les bronches) (nom) µg/dose (couleur) bouffée(s) SI BESOIN
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 OU UN PROFESSIONNEL HABILITÉ
 - Corticostéroïdes oraux (pour réduire l'inflammation) (nom) (teneur) (dose) fois/jour pendant jours # : NR
 - AUTRE(S) médicament(s) # : R :
 - Chambre d'espacement (voir conseil 3 au verso) # : R :
- D' _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date _____

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

- Mon médecin ou mon professionnel habilité (nom/clinique) afin de recevoir un NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.
- Mon pharmacien ou mon professionnel habilité (voir au verso) pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.

Après mon retour à la maison, si :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration empirent OU
- Je suis essoufflé au repos ou à la parole OU
- Mon médicament de SECOURS ne me soulage pas pendant au moins 4 heures OU
- 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
- Mes débits de pointe ont diminué à moins de 60% de ma meilleure valeur personnelle (soit moins de)
- Je ne me sens PAS MIEUX après

Quoi faire ? C'est URGENT :

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



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 **professionnel habilité** sont là pour m'aider à comprendre comment traiter mon asthme et comment utiliser mon Plan d'action. Je peux trouver un **professionnel habilité** en téléphonant au RQESR* au 1 877 441-5072. * Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR) www.rqesr.ca

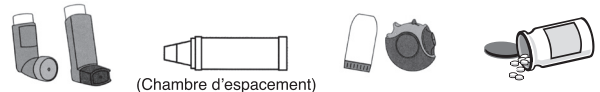
2 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 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 **professionnel habilité**.
- 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, 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 ◆

5 Revoir régulièrement mon *médecin* ou mon **professionnel habilité**.



Mon **médecin** ou mon **professionnel habilité** 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.