

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

jusqu'à ce que je revois mon médecin ou mon professionnel habilité **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 OU UN PROFESSIONNEL HABILITÉ

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 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.

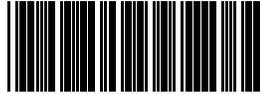
Mon pharmacien ou mon professionnel habilité _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** **OU**
- 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 _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin ou mon professionnel habilité 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 OU UN PROFESSIONNEL HABILITÉ

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

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

Chambre d'espaceur _____ (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.

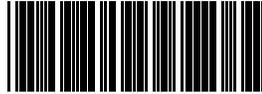
Mon pharmacien ou mon professionnel habilité _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle. (voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU
- 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 _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin ou mon professionnel habilité **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 OU UN PROFESSIONNEL HABILITÉ

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 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 _____ 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**
- 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

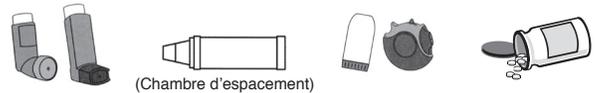
2 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 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.