



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.)

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 ■

Médecin

En lettres moulées

D^r _____

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



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.)

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 ■

Médecin

En lettres moulées

D^r _____

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



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 : _____ (critère de réponse inadéquate) _____ , je dois : _____
 _____ (ajout de médication, consultation, etc.)

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 ■

Médecin

En lettres moulées

D^r _____

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



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

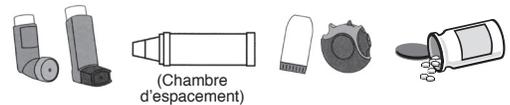
1 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 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.rquesr.ca

☎ 1 877 441-5072

MES OBJECTIFS PERSONNELS

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