| Santé | | |
|---------------------|---|---|
| et Services sociaux | * | * |
| Québec | * | * |







de l'école ou du travail?

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

| 4 | AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que eu une respiration sifflante ou de la difficulté à r | | |
|----|--|-----|-----|
| 1) | Pendant la journée, 4 jours ou plus? | OUI | NOI |
| 2) | Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus? | OUI | NOI |
| 3) | Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) | | |
| | 4 fois ou plus, incluant 1 fois par jour avant l'exercice? | OUI | NOI |
| 4) | Assez pour me limiter dans mes activités physiques? | OUI | ION |
| 5) | Assez pour m'absenter de mes activités habituelles | | |

| Dossier | | | |
|---------------|------|--|--|
| Nom | | | |
| Adresse | | | |
| Date de naiss | ance | | |

| Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI? | | | |
|--|--------------------------|--|--|
| Si aucune (0) : asthme contrôlé | Si 1 ou plus : asthme ma | | |

contrôlé

OUI NON

| ORDONNANCE | Date : |
|------------|--------|

| | A |
|---|-------------------------------------|
| O | Au <i>(Juiz.</i> , j'ai répondu OUI |
| | à auguna (0) des augetions ET |

Asthme contrôlé

- 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

| | | ч |
|--|----------|---|
| | ire? | ٠ |
| | | |
| | | |
| | | |

Prendre mes médicaments d'entretien :

| Médicament de CONTRĈ |)LE | | _ μg/bouffée | # |
|------------------------|----------------|--|--------------|---|
| (couleur) | bouffée(s) | fois/jour chaque jour | | R |
| AUTRE(S) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Médicament de SECOUR | RS bleu : | | _ μg/bouffée | # |
| bouffée(s) au beso | in (moins de 4 | fois/semaine) ou avant exercice (max. : 1 fo | ois/jour) | R |
| Chambre d'espacement _ | | | | |

Asthme mal contrôlé

Quoi faire?

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

N° de permis

| > Au <i>Quiz</i> , j'ai répondu OUI à 1 question ou plus <u>o∪</u> | |
|---|-------|
| Je tousse, j'ai une respiration siff | lante |

- 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

| \Diamond | Médicament de CONTRÔLE μg/bouffée | # |
|-------------|---|-----------|
| > | bouffée(s) fois/jour (durée du traitement) AUTRE(S) | R |
| > | Médicament de SECOURS bleu : bouffée(s) au besoin (ne pas répéter avant | heures) |
| | Si : , (critère de réponse inadéquate) | je dois : |
| | | |

En lettres moulées

Signature

Asthme hors de contrôle



Médecin _

Quoi faire? C'est URGENT :

Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration empirent ou Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)

ne me soulage pas pendant au moins 4 heures OU

Mes débits de pointe ont diminué (moins de_

Je dois appeler ou voir un médecin tout de suite.

| Santé et Services sociaux | | |
|------------------------------|---|---|
| | * | * |
| Québec | * | * |



Dossier __

| | DT9255 Nom |
|---|---|
| Plan d'action pour | r l'asthme Adresse |
| AU COURS DES 7 DERNIERS JOUR eu une respiration sifflante ou de la | RS, est-ce que j'ai toussé, a difficulté à respirer Date de naissance |
| Pendant la journée, 4 jours ou plus? Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus? Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament of 4 fois ou plus, incluant 1 fois par jour avant l'exerce) Assez pour me limiter dans mes activités physiques Assez pour m'absenter de mes activités habituelle de l'école ou du travail? | cice? OUI NON Jes? OUI NON |
| Nombre de questions auxquelles j'ai répondu O Si aucune (0) : asthme contrôlé Si 1 ou plus : | A |
| 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 | Médicament de CONTRÔLE μg/bouffée # (couleur) bouffée(s) fois/jour chaque jour R AUTRE(S) |
| Si je mesure mes débits de pointe, ils sont normaux (ou plus) | |
| 5 conseils pour rester en contrôle : voir au verso | 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 | Médicament de CONTRÔLE μg/bouffée # (couleur) bouffée(s) fois/jour R AUTRE(S) |
| Mes débits de pointe ont diminué (entre et) | Médicament de SECOURS bleu : bouffée(s) au besoin (ne pas répéter avant heures) Si : , je dois : , je dois : |
| 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 | (ajout de médication, consultation, etc.) Médecin En lettres moulées Dr Signature N° de permis |
| Asthme hors de contrôle | |



Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** <u>ou</u>

Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) ne me soulage pas pendant au moins 4 heures <u>ou</u>

Mes débits de pointe ont diminué (moins de ____

Je dois appeler ou voir un médecin tout de suite.



d'action pour l'asthme

| | Plan |
|-------|-------------------------|
| Guiz. | AU COURS eu une resp |

DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai toussé, piration sifflante ou de la difficulté à respirer...

| 1) | Pendant la journée, 4 jours ou plus? | OUI | ION |
|----|--|-----|-----|
| 2) | Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus? | OUI | NOI |
| 3) | Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) | | |
| | 4 fois ou plus, incluant 1 fois par jour avant l'exercice? | OUI | 10N |

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 auxqueiles j | ai repondu OUI? | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| Si aucune (0) : asthme contrôlé | Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé | |
| | | |

| Dossier | |
|-------------------|--|
| Nom | |
| Adresse | |
| Date de naissance | |

| ORDONNANCE | Date : | |
|------------|--------|--|

| (| |) Astl | nme | cor | ntrá | ôlé | |
|---|---|--------|-----|-----|------|-------------|--|
| | A | Ca | | . , | | ~ !! | |

Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

| à aucune (0) des questions ET | Médicament de CONTRÔLE μg/bout | ffée # |
|------------------------------------|---|---------|
| Je me sens bien <u>ET</u> | bouffée(s) fois/jour chaque jour AUTRE(S) | R |
| Si je mesure mes débits de pointe, | | |
| ils sont normaux (ou plus) | Médicament de SECOURS bleu : μg/bou | ıffée # |
| 5 conseils pour rester | bouffée(s) au besoin (moins de 4 fois/semaine) ou avant exercice (max. : 1 fois/jour) | R |
| en contrôle : voir au verso | Chambre d'espacement | |

| _ | |
|---|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Quoi faire?

Ajuster mon traitement :

| à 1 question ou plus <u>OU</u> | ♦ Médicament de CONTRÔLE μg/bouf | fée # _ |
|---|---|---------|
| Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer ou | bouffée(s) fois/jour(durée du traitement) Output Output | R _ |
| Je commence un rhume <u>ou</u> Mes débits de pointe ont diminué | | heu |
| (entre) | Si :(critère de réponse inadéquate) | , je d |
| J'ai terminé mon traitement ajusté et je me sens mieux : je vais à la section | (ajout de médication, consultation, etc.) | |
| lo mo cons moins bion : | Médecin & En lettres moulées | |

| je me sens mieux : je vais à la section |
|---|
| Je me sens moins bien : |
| je vais à la section |

| • | |
|---|-------|
| | _ |

Quoi faire? C'est URGENT:

__ heures) _ , je dois :

N° de permis

Je dois appeler ou voir un médecin tout de suite.

| | I | | ı <u>^</u> 1 - |
|------------------|--------|---------|----------------|
| $\Lambda \sim T$ | nore a | | 4 // 4 1 // 4 |
| | hors d | C COIII | 4 M |
| | | | |

| Ma toux, mes sifflements ou | |
|---------------------------------------|-----------|
| mes problèmes de respiration empirent | <u>00</u> |

- Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) ne me soulage pas pendant au moins 4 heures OU
- Mes débits de pointe ont diminué (moins de_

Signature

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 : |
| Prendre mes médicaments d'entretien (section verte). Je revois la technique pour utiliser mes pompes (inhalateurs) avec mon <i>pharmacien</i> ou mon <i>éducateur en asthme</i>. Voici mes trucs pour me souvenir de prendre mes médicaments : |
| 3 Refaire mon Quiz sur l'asthme régulièrement. |
| 4 Revoir mon <i>médecin</i> régulièrement. |
| • Mon <i>médecin</i> (passera en revue avec moi mon Plan d'action : (quand) |
| • Des professionnels de la santé sont là pour m'aider à utiliser mon Plan d'action : - Mon pharmacien |
| *Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM). <u>www.rqam.ca</u> 1 877 441-5072 |

MES OBJECTIFS PERSONNELS

Mon Plan d'action va m'aider à :

J'écris ou je dessine mon but (facultatif)