



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, 4 jours ou plus ? | OUI | NON |
| 2) Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus ? | OUI | NON |
| 3) Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) 4 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 ◆

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

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 **bleu** : _____ 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 **bleu** : _____ 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 (_____

D' _____ Signature _____ N° de permis _____

Asthme hors de contrôle



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.



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, 4 jours ou plus ? | OUI | NON |
| 2) Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus ? | OUI | NON |
| 3) Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) 4 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 ◆

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

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 **bleu** : _____ 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 OUI
- Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer OUI
- Je commence un rhume OUI
- 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 **bleu** : _____ 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 (_____

D' _____ Signature _____ N° de permis _____

Asthme hors de contrôle



Quoi faire? C'est URGENT :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OUI
- Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) **ne me soulage pas pendant au moins 4 heures** OUI
- Mes débits de pointe ont diminué (moins de _____)

Je dois appeler ou voir un médecin tout de suite.



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, 4 jours ou plus ? | OUI | NON |
| 2) Assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus ? | OUI | NON |
| 3) Assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) 4 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 ◆

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

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 **bleu** : _____ 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 **bleu** : _____ 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' _____ Signature _____ N° de permis _____

Asthme hors de contrôle



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.



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

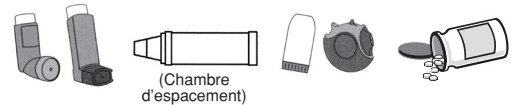
1 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 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 **éducateur en asthme**.
- Voici **mes trucs** pour me souvenir de prendre mes médicaments : _____

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

4 Revoir mon *médecin* régulièrement.



- Mon **médecin** _____ ☎ _____
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 **éducateur en asthme*** _____ ☎ _____

*Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM). www.rqam.ca

☎ 1 877 441-5072

MES OBJECTIFS PERSONNELS

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