

VOTRE plan d'action

Partie à remplir par le médecin

Nom : Date :
 Médecin : Numéro de téléphone médecin :
 Meilleure valeur du débit de pointe : Date du DEP :

Votre asthme est bien maîtrisé
 Votre traitement :

-
 -

BRAVO
 Continuez votre traitement

- Pas de symptôme la nuit (absence de toux, respiration sifflante, essoufflement, sécrétions, oppression...)
- Vous utilisezmoins de 4 fois par semaine.
- Utilisation de.....avant l'exercice
- Aucune absence à l'école ou au travail à cause de l'asthme
- Débits de pointe stables, entre 90% et 100%.

Votre asthme est mal maîtrisé
 Votre traitement :

-
 -

ATTENTION
 Ajustez votre traitement

- symptôme la nuit plus d'une fois par semaine (toux, respiration sifflante, essoufflement, sécrétions, oppression...)
- apparition de symptômes lors des activités quotidiennes (toux, **respiration sifflante, essoufflement, sécrétions, oppression...**)
- gêne ou toux à l'effort malgré le traitement
- besoin plus fréquent de.....plus de 3 fois par semaine
- chute du débit de pointe entre 60% et 90%.
- autres :

DANGER
 Si
 un de ces symptômes
 est présent

- persistance des symptômes malgré l'utilisation de.....soulagement de courte durée (moins de 3 heures)
- respiration bruyante et rapide
- toux persistante
- difficulté à parler ou à faire des phrases complètes
- essoufflement à la marche ou au repos
- chute du débit de pointe < à 60%
- autres :

VOTRE PLAN D'ACTION EN CAS DE CRISE

ACTION 1 → Prendre.....bouffées de..... Puis attendre.....minutes
ACTION 2 → Reprendre.....bouffées de.....Puis attendre.....minutes

>>> LA CRISE CEDE, prenez rendez-vous avec votre médecin

>>> LA CRISE NE CEDE PAS

ACTION 3 → Reprendre.....bouffées de.....
 Prendre un corticoïde par voie orale :dose :

APPELEZ VOTRE MÉDECIN, TEL. : APPELEZ UN SERVICE D'URGENCES, TEL :

Re3a Parc Innolin - 10B rue du Golf - 33700 MERIGNAC
 Tél. 05 56 47 86 66 - Fax. 05 56 18 07 85 Email : re3a@wanadoo.fr