|  |  |
| --- | --- |
| Horizon-h4c | **Plan d'action - Clinique d'éducation sur l'asthme** |

Plan d’action pour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° d’identification \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **ZONE VERTE : JE ME SENS BIEN**J’utilise \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3 X / semaine ou moins.  J’ai une toux, une respiration sifflante ou de la difficulté  à respirer 3 X / semaine ou moins.   La nuit, je me réveille moins d’une fois par semaine en raison de la toux, de la respiration sifflante ou de la difficulté à respirer.   Je peux faire toutes mes activités habituelles.   | **Prenez ces médicaments :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **ZONE JAUNE : JE NE ME SENS PAS TRÈS BIEN** J’ai l’impression d’attraper un rhume. J’utilise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4 X / semaine ou plus. J’ai une toux, une respiration sifflante ou de la difficulté à  respirer 4 X / semaine ou plus.  La nuit, je me réveille une fois par semaine ou plus en raison  de la toux, de la respiration sifflante ou de la difficulté à respirer.   Je peux faire certaines de mes activités habituelles, mais pas  toutes.**Demeurez dans la ZONE JAUNE jusqu’à ce que vous n’éprouviez plus de symptômes pendant une semaine. Consultez ensuite votre** **médecin si vous ne vous sentez pas mieux dans 1 ou 2 jours.****ZONE ROUGE : JE ME SENS TRÈS MAL!**  | **Ajoutez / augmentez ces médicaments dès l’apparition de symptômes :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Mon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ne semble pas être efficace / n’est pas efficace pendant au moins deux heures.  J’ai une toux, une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer la plupart du temps.   Je me réveille la plupart des nuits en raison de la toux, de la respiration sifflante ou de la difficulté à respirer.   J’ai de la difficulté à parler. | **Rendez-vous à l'urgence OU appelez le 911.** |
| **En route vers l’hôpital, utilisez** **votre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et prenez 2 bouffées toutes les 10 minutes.** |

Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_