|  |  |
| --- | --- |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_