

# PLAN D'ACTION CONTRE L'ASTHME

Ce formulaire expire un an après sa soumission

Nom, Prénom	Date de naissance	Date	 <p><b>Le vert signifie vous pouvez y aller !</b> Prendre des médicaments de CONTRÔLE tous les jours</p> <p><b>Le JAUNE signifie Attention !</b> Adjoindre des médicaments de SECOURS</p> <p><b>Le rouge signifie URGENCE !</b></p> <p>Les inhalateurs fonctionnent mieux avec les espaceurs. Toujours utiliser un masque lorsque cela a été prescrit.</p>
fournisseur de soins de santé	Numéro de téléphone du médecin		
Personne à contacter en cas d'urgence	Numéro de téléphone du parent	École	
Autre contact d'urgence	Contact téléphonique	Quatre derniers chiffres du numéro de sécurité sociale	

<b>Identification des facteurs déclencheurs de l'asthme</b> (ce qui aggrave votre asthme) : Entourer ce qui s'applique Rhumes                                      Fumée (tabac, encens)                                      Pollen Animaux                                      Odeurs fortes                                      Moisissures/humidité Poussière                                      Ravageurs (rongeurs, cafards)                                      Stress/émotions Reflux gastro-œsophagien                                      Exercice                                      Saisons : Automne, hiver, printemps, été Autre : _____	Date du dernier rendez-vous médical :
--	---------------------------------------

## Zone verte : Tout va bien - continuer à prendre les médicaments de contrôle TOUS LES JOURS

<b>OBSERVATIONS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiration facile</li> <li>Absence de toux ou de respiration sifflante</li> <li>Peut travailler et jouer</li> <li>Dort toute la nuit</li> </ul> Débit de pointe dans cette zone : _____ à _____ (Plus de 80 % du record personnel) Meilleur débit de pointe personnel : _____	<p style="text-align: center;">Toujours se rincer la bouche chaque jour après avoir inhalé son médicament. <b>Les inhalateurs fonctionnent mieux avec les espaceurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun médicament de contrôle n'est nécessaire.</li> <li>_____ bouffée(s) (aérosol-doseur) _____ fois par jour <small>Corticostéroïde inhalé ou corticostéroïde inhalé/β-agoniste à longue durée d'action</small></li> <li>_____ traitement(s) par nébuliseur _____ fois par jour <small>Corticostéroïde inhalé</small></li> <li>_____ prendre _____ par voie orale une fois par jour au coucher <small>Antagoniste des leucotriènes</small></li> <li>Pour l'asthme avec pratique d'une activité physique, AJOUTER : _____ bouffée(s) (aérosol-doseur) 15 minutes avant la pratique d'une activité physique <small>β-agoniste inhalé à action rapide</small></li> <li>En cas d'allergie nasale/environnementale, AJOUTER : _____</li> </ul>
--	---

## Zone jaune : Attention ! -Continuer à prendre des médicaments de CONTRÔLE et adjoindre des médicaments de SECOURS

Si vous présentez l' <b>UN</b> des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>Premier signe d'un rhume</li> <li>Toux ou respiration légèrement sifflante</li> <li>Pressions thoraciques</li> <li>Difficultés à dormir, à travailler ou à jouer</li> <li>Exposition à un facteur déclenchant connu.</li> </ul> Débit de pointe dans cette zone : _____ à _____ (50 % à 80 % du record personnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ bouffée(s) d'un aérosol-doseur avec espaceur toutes les _____ heures selon le besoin <small>β-agoniste inhalé à action rapide</small></li> <li>OU</li> <li>_____ traitement(s) par nébuliseur toutes les _____ heures selon le besoin <small>β-agoniste inhalé à action rapide</small></li> <li>Autre _____</li> </ul> <p>***Ne pas laisser l'enfant seul, et si l'enfant se sent mieux dans les 20 à 60 minutes qui suivent le traitement de secours rapide. Si l'état de l'enfant s'aggrave ou s'il reste dans la zone jaune pendant plus de 24 heures, suivre les instructions de la ZONE ROUGE et appeler immédiatement le médecin****</p> <p>OU si vous vous sentez mieux, continuez les traitements toutes les 4 à 6 heures, selon les besoins, pendant 1 à 2 jours.</p>
--	---

## Zone rouge : URGENCE ! - Continuer à prendre des médicaments de CONTRÔLE, les médicaments de SECOURS et DEMANDER DE L'AIDE !

Si vous présentez l' <b>UN</b> des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté à parler, à manger ou à marcher</li> <li>Inefficacité des médicaments</li> <li>Respiration difficile et rapide</li> <li>Bleus au niveau des lèvres et des ongles</li> <li>Fatigue ou léthargie</li> <li>Douleurs aux côtes</li> </ul> Débit de pointe dans cette zone : _____ à _____ (Moins de 50 % du record personnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ bouffée(s) d'un aérosol-doseur avec espaceur toutes les <b>15 minutes</b>, for <b>TROIS</b> traitements <small>β-agoniste inhalé à action rapide</small></li> <li>OU</li> <li>_____ traitement par nébuliseur <b>15 minutes</b>, pour <b>TROIS</b> traitements <small>β-agoniste inhalé à action rapide</small></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Appeler votre fournisseur de soins de santé au cours de l'administration du traitement.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SI VOUS NE POUVEZ PAS CONTACTER VOTRE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE : Appelez le 911 pour obtenir une ambulance ou rendez-vous directement au service des urgences !</b></p>
---	--

# PLAN D'ACTION CONTRE L'ASTHME

Ce formulaire expire au bout d'un an

<p><b>OBLIGATOIRE</b> Signature du fournisseur de soins de santé : _____ Date : _____</p> <p><b>OBLIGATOIRE</b> Signature parent/tuteur : _____ Date : _____</p> <p>Suivi auprès du fournisseur de soins primaires dans 1 semaine ou : _____</p>	<p><b>CONSENTEMENT À LA PRISE DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE ET ORDONNANCE DU FOURNISSEUR DE MÉDICAMENTS POUR LES ENFANTS/JEUNES :</b> <i>Les effets secondaires possibles des médicaments de secours (par exemple, l'albutérol) comprennent la tachycardie, les tremblements et la nervosité.</i></p> <p><b>Initiales du fournisseur de soins de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ _____ Cet élève n'est pas autorisé à faire de l'automédication.</li><li>■ _____ Cet élève est capable et autorisé à s'administrer lui-même le(s) médicament(s) mentionné(s) ci-dessus.</li></ul> <p><b>Si vous êtes un PARENT/TUTEUR :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ _____ J'autorise par la présente un membre du personnel de l'école formé, le cas échéant, à administrer des médicaments à l'élève.</li><li>■ _____ J'autorise cet élève à avoir en sa possession et à s'administrer lui-même des médicaments.</li><li>■ _____ Je reconnais que le district, l'école, son personnel et ses représentants sont exonérés de toute responsabilité civile pour tout acte ou omission en vertu de la loi 17-107 du District de Columbia, sauf en cas d'acte criminel, de faute intentionnelle, de négligence grave ou d'inconduite délibérée.</li></ul>
<p><b>Cachet du fournisseur de soins de santé ci-dessous :</b></p>          	

## Approche progressive de la prise en charge de l'asthme chez l'enfant et l'adulte (extrait des lignes directrices de la NAEPP en 2007)

Les critères s'appliquent à tous les âges, sauf indication contraire	TROUBLE					RISQUE		Étape
	Symptômes diurnes 	Réveils nocturnes 	Interférence avec les activités normales	Utilisation d'un bêta-agoniste à courte durée d'action	FEV1 en % de la valeur prédite (n/a pour les personnes âgées de moins de 5 ans)	Exacerbations nécessitant des corticostéroïdes systémiques oraux		
		<5 ans ≥ 5 ans						
<b>Classification de l'asthme en fonction de la GRAVITÉ : POUR DÉTERMINER LE DÉBUT D'UN TRAITEMENT DE CONTRÔLE À LONG TERME</b> Lors de l'évaluation du risque, tenir compte de la gravité et de l'intervalle de temps écoulé depuis la dernière exacerbation.								
<b>Persistant sévère</b>	Tout au long de la journée	>1 fois/semaine	Souvent 7 fois/semaine	Absolument limité	Plusieurs fois/journée	<60 %	<5 : ≥2 en 6 mois OU ≥4 épisodes de respiration sifflante en un an, d'une durée de >1 jour ET facteurs de risque de l'asthme persistant	<5 : Étape 3 5-11 : Étape 3 : Option de CSI à dose moyenne ou étape 4 12_adult : Étape 4 ou 5 Tous les âges : Envisager une formation courte OCS
<b>Modéré Persistant</b>	Tous les jours	3-4 fois/mois	>1 fois/semaine mais pas tous les soirs	Certains	Tous les jours	60-80 %		<5 : Étape 3 5-11 : Étape 3 : Option de CSI à dose moyenne ou étape 4 12_adult : Étape 4 ou 5 Tous les âges : Envisager une formation courte OCS
<b>Léger Persistant</b>	>2 jours/semaine mais pas tous les jours	1-2 fois/mois	3-4 fois/mois	Mineur	>2 fois/semaine mais pas tous les jours	>80 %	<b>5 ans et plus :</b> >2/an	<b>Étape 2</b>
<b>Intermittent</b>	≤ 2 jours/semaine	0	≤ 2 fois/mois	Aucun	≤ 2 jours/semaine	>80 %	0-1/an	<b>Étape 1</b>

Classification de l'asthme CONTRÔLE : POUR DÉTERMINER LES AJUSTEMENTS À APPORTER AUX MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE ACTUELS								Action : Chez les enfants de moins de 5 ans, envisagez un autre diagnostic ou adaptez le traitement si aucun effet bénéfique n'est observé au bout de 4 à 6 semaines.
<12 ans				12 ans et plus				
<b>Très peu contrôlé</b>	Tout au long de la journée	≥ 2 fois/semaine	≥ 4 fois/semaine	Absolument limité	Plusieurs fois/jour	<60 %	<5 : >3/an <b>Plus de 5 ans :</b> ≥2/an	<b>Avancer de 1 à 2 étapes.</b> Envisager une formation courte OCS. Réévaluation dans 2 semaines. En cas d'effets secondaires, envisager un autre traitement.
<b>Pas bien contrôlé</b>	>2 jours/semaine	≥ 2 fois/mois	1-3 fois/semaine	Certains	>2 jours/semaine	60-80 %	<5 : 2-3/an <b>Plus de 5 ans :</b> ≥2/an	<b>Avancez d'au moins une étape.</b> Réévaluation dans 2-6 semaines. En cas d'effets secondaires, envisager un autre traitement.
<b>Bien Contrôlé</b>	≤ 2 jours/semaine	≤ 1 fois/mois	≤ 2 fois/mois	Aucun	≤2 jours/semaine	>80 %	0-1/an	<b>Maintenir le traitement actuel.</b> Suivi tous les 1 à 6 mois. Envisager une réduction progressive si le traitement est bien contrôlé pendant au moins 3 mois.

Doses quotidiennes de corticostéroïdes inhalés	Fluticasone Aérosol-doseur (mcg)			Budésonide Respules (mcg)			Béclométhasone Aérosol-doseur (mcg)			Fluticasone / Salmétérol DPI	Budésonide / Formotérol Aérosol-doseur
	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé		
<b>&lt;5 ans</b>	176	>176-352	>352	0,25-0,5	>0,5-1	>1	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>5 à 11 ans</b>	88-176	>176-352	>352	.5	1	2	80-160	>160-320	>320	100/50 mcg 1 inhalation BID	80 mcg/4,5 mcg 2 bouffée(s) d'un BID
<b>12 ans-adulte</b>	88-264	>264-440	>440	n/a	n/a	n/a	80-240	>240-480	>480	La dose est administrée en fonction du patient	La dose est administrée en fonction du patient

