

# Plan d'action contre l'asthme

Complété le \_\_\_\_\_

Nom	Date de naissance	Classe/enseignant
Fournisseur de soins de santé	Téléphone du bureau du fournisseur de soins de santé	Numéro de dossier médical
Parent/tuteur	Téléphone	Autre n° de téléphone
Parent/tuteur/autre contact d'urgence	Téléphone	Autre n° de téléphone

## DIAGNOSTIC DE LA GRAVITÉ DE L'ASTHME

 Intermittent  Persistant [  Léger  Modéré  Sévère ]

## DÉCLENCHEURS DE L'ASTHME (Éléments qui aggravent l'asthme)

 Fumée  Rhums  Exercice  Animaux  Poussière  Nourriture  
 Météo  Odeurs  Pollen  Autre \_\_\_\_\_

### ZONE VERTE : ALLEZ-Y!

#### Vous constatez TOUS les effets suivants :



- Votre respiration est facile.
- Vous n'avez pas de toux ou de respiration sifflante.
- Vous pouvez travailler et jouer.
- Vous pouvez dormir toute la nuit.

### Suivez le TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN (PRÉVENTION) médicaments CHAQUE JOURS

 Aucun médicament pour le traitement de fonds quotidien n'est requis. Médicament(s) pour le traitement de fonds quotidien : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**Prenez \_\_\_\_\_ bouffée(s) ou \_\_\_\_\_ pastille(s) \_\_\_\_\_ par jour.** Pour l'asthme d'effort, AJOUTEZ : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ bouffées avec chambre d'inhalation \_\_\_\_\_ minutes avant l'effort.**APRÈS CHAQUE INHALATION DE VOTRE MÉDICAMENT QUOTIDIEN, RINCEZ-VOUS TOUJOURS LA BOUCHE.**

### ZONE JAUNE : ATTENTION!

#### Vous constatez UN des éléments suivants :



- Toux ou respiration sifflante légère.
- Oppression au niveau de la cage thoracique.
- Essoufflement.
- Difficulté à dormir, à travailler ou à jouer.

### Poursuivez le TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN et AJOUTEZ DES D'URGENCE À ACTION RAPIDE médicaments

S'il vous a été prescrit, suivez le traitement de fonds quotidien et ajoutez ce médicament d'urgence à action rapide lorsque vous avez des difficultés respiratoires :

 Inhalateur \_\_\_\_\_ mcg**Prenez \_\_\_\_\_ bouffées toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire. Utilisez toujours une chambre d'inhalation, certains enfants peuvent avoir besoin d'un masque.** Nébuliseur \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
**Suivez le traitement par nébuliseur \_\_\_\_\_ toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire.** Autre \_\_\_\_\_

Si le médicament d'urgence à action rapide n'AIDE pas dans les \_\_\_\_\_ minutes qui suivent, prenez-le à nouveau et APPELEZ votre fournisseur de soins de santé.

Si vous prenez le médicament de secours à action rapide plus de \_\_\_\_\_ fois en \_\_\_\_\_ heures, APPELEZ votre fournisseur de soins de santé.

**SI VOUS TROUVEZ DANS LA ZONE JAUNE DEPUIS PLUS DE 24 HEURES, APPELEZ LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ.**

### ZONE ROUGE : URGENCE!

#### Vous constatez UN des éléments suivants :



- Le souffle est très court.
- Le médicament n'aide pas.
- La respiration est rapide et difficile
- Les narines sont grandes ouvertes, les côtes sont apparentes et vous avez des difficultés à parler.
- Les lèvres ou les ongles sont gris ou bleuâtres.

### Poursuivez le TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN et D'URGENCE À ACTION RAPIDE Médicaments et CHERCHEZ DE L'AIDE!

 \_\_\_\_\_ inhaler \_\_\_\_\_ mcg**Prenez \_\_\_\_\_ bouffées toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire. Utilisez toujours une chambre d'inhalation, certains enfants peuvent avoir besoin d'un masque.** Nébuliseur \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
**Suivez le traitement par nébuliseur \_\_\_\_\_ toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire.** Autre \_\_\_\_\_**APPELEZ À NOUVEAU LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ PENDANT L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS D'URGENCE À ACTION RAPIDE. Si vous ne parvenez pas à contacter le fournisseur de soins de santé, APPELEZ LE 911 POUR UNE AMBULANCE OU ALLEZ DIRECTEMENT AUX URGENCES!**

### OBLIGATOIRE AUTORISATIONS POUR TOUTE UTILISATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

**Autorisation du fournisseur de soins de santé :** Je demande que ce plan soit suivi tel que rédigé. Ce plan est valable pour l'année scolaire \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

**Autorisation du parent/tuteur :** Je donne mon consentement pour que l'infirmier(ère) scolaire donne les médicaments énumérés dans ce plan ou pour que le personnel scolaire formé aide mon enfant à les prendre après examen de la part de l'infirmier(ère) scolaire. Ce plan sera transmis au personnel de l'école qui s'occupe de mon enfant.

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

### FACULTATIF AUTORISATIONS POUR PORTER ET UTILISER DE MANIÈRE AUTONOME DES MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

**Autorisation du fournisseur de soins de santé pour porter et utiliser de manière autonome des médicaments :** Je certifie que cet étudiant m'a démontré qu'il est en mesure de s'administrer lui-même ce médicament de secours efficacement et qu'il peut porter et utiliser ce médicament de façon autonome à l'école sans supervision du personnel de l'école.

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

**Autorisation du parent/tuteur pour porter et utiliser de manière autonome des médicaments (si ordonné ci-dessus par le fournisseur) :** Je conviens que mon enfant est en mesure de s'administrer lui-même ce médicament de secours efficacement et qu'il peut le porter et l'utiliser de façon autonome à l'école sans la supervision du personnel scolaire.

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

# Plan d'action contre l'asthme

Complété le \_\_\_\_\_

Nom	Date de naissance	Classe/enseignant
Fournisseur de soins de santé	Téléphone du bureau du fournisseur de soins de santé	Numéro de dossier médical
Parent/tuteur	Téléphone	Autre n° de téléphone
Parent/tuteur/autre contact d'urgence	Téléphone	Autre n° de téléphone

## DIAGNOSTIC DE LA GRAVITÉ DE L'ASTHME

 Intermittent  Persistant [  Léger  Modéré  Sévère ]

## DÉCLENCHEURS DE L'ASTHME (Éléments qui aggravent l'asthme)

 Fumée  Rhums  Exercice  Animaux  Poussière  Nourriture  
 Météo  Odeurs  Pollen  Autre \_\_\_\_\_

### ZONE VERTE : ALLEZ-Y!

Suivez le **TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN (PRÉVENTION)** médicaments **CHAQUE JOURS**

#### Vous constatez TOUS les effets suivants :



- Votre respiration est facile.
- Vous n'avez pas de toux ou de respiration sifflante.
- Vous pouvez travailler et jouer.
- Vous pouvez dormir toute la nuit.

 Aucun médicament pour le traitement de fonds quotidien n'est requis. Médicament(s) pour le traitement de fonds quotidien : \_\_\_\_\_**Prenez \_\_\_\_\_ bouffée(s) ou \_\_\_\_\_ pastille(s) \_\_\_\_\_ par jour.** Pour l'asthme d'effort, AJOUTEZ : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ bouffées avec chambre d'inhalation \_\_\_\_\_ minutes avant l'effort.**APRÈS CHAQUE INHALATION DE VOTRE MÉDICAMENT QUOTIDIEN, RINCEZ-VOUS TOUJOURS LA BOUCHE.**

### ZONE JAUNE : ATTENTION!

Poursuivez le **TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN** et **AJOUTEZ DES D'URGENCE À ACTION RAPIDE** médicaments

#### Vous constatez UN des éléments suivants :



- Toux ou respiration sifflante légère.
- Oppression au niveau de la cage thoracique.
- Essoufflement.
- Difficulté à dormir, à travailler ou à jouer.

S'il vous a été prescrit, suivez le traitement de fonds quotidien et ajoutez ce médicament d'urgence à action rapide lorsque vous avez des difficultés respiratoires :

 Inhalateur \_\_\_\_\_ mcg**Prenez \_\_\_\_\_ bouffées toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire. Utilisez toujours une chambre d'inhalation, certains enfants peuvent avoir besoin d'un masque.** Nébuliseur \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml**Suivez le traitement par nébuliseur \_\_\_\_\_ toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire.** Autre \_\_\_\_\_

Si le médicament d'urgence à action rapide n'AIDE pas dans les \_\_\_\_\_ minutes qui suivent, prenez-le à nouveau et APPELEZ votre fournisseur de soins de santé.

Si vous prenez le médicament de secours à action rapide plus de \_\_\_\_\_ fois en \_\_\_\_\_ heures, APPELEZ votre fournisseur de soins de santé.

**SI VOUS TROUVEZ DANS LA ZONE JAUNE DEPUIS PLUS DE 24 HEURES, APPELEZ LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ.**

### ZONE ROUGE : URGENCE!

Poursuivez le **TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN** et **D'URGENCE À ACTION RAPIDE** Médicaments et **CHERCHER DE L'AIDE!**

#### Vous constatez UN des éléments suivants :



- Le souffle est très court.
- Le médicament n'aide pas.
- La respiration est rapide et difficile
- Les narines sont grandes ouvertes, les côtes sont apparentes et vous avez des difficultés à parler.
- Les lèvres ou les ongles sont gris ou bleuâtres.

 \_\_\_\_\_ inhaler \_\_\_\_\_ mcg**Prenez \_\_\_\_\_ bouffées toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire. Utilisez toujours une chambre d'inhalation, certains enfants peuvent avoir besoin d'un masque.** Nébuliseur \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml**Suivez le traitement par nébuliseur \_\_\_\_\_ toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire.** Autre \_\_\_\_\_**APPELEZ À NOUVEAU LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ PENDANT L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS D'URGENCE À ACTION RAPIDE. Si vous ne parvenez pas à contacter le fournisseur de soins de santé, APPELEZ LE 911 POUR UNE AMBULANCE OU ALLEZ DIRECTEMENT AUX URGENCES!**

### OBLIGATOIRE AUTORISATIONS POUR TOUTE UTILISATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

**Autorisation du fournisseur de soins de santé** : Je demande que ce plan soit suivi tel que rédigé. Ce plan est valable pour l'année scolaire \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

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

**Autorisation du parent/tuteur** : Je donne mon consentement pour que l'infirmier(ère) scolaire donne les médicaments énumérés dans ce plan ou pour que le personnel scolaire formé aide mon enfant à les prendre après examen de la part de l'infirmier(ère) scolaire. Ce plan sera transmis au personnel de l'école qui s'occupe de mon enfant.

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

### FACULTATIF AUTORISATIONS POUR PORTER ET UTILISER DE MANIÈRE AUTONOME DES MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

**Autorisation du fournisseur de soins de santé pour porter et utiliser de manière autonome des médicaments** : Je certifie que cet étudiant m'a démontré qu'il est en mesure de s'administrer lui-même ce médicament de secours efficacement et qu'il peut porter et utiliser ce médicament de façon autonome à l'école sans supervision du personnel de l'école.

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

**Autorisation du parent/tuteur pour porter et utiliser de manière autonome des médicaments (si ordonné ci-dessus par le fournisseur)** : Je conviens que mon enfant est en mesure de s'administrer lui-même ce médicament de secours efficacement et qu'il peut le porter et l'utiliser de façon autonome à l'école sans la supervision du personnel scolaire.

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

# Plan d'action contre l'asthme

Complété le \_\_\_\_\_

Nom	Date de naissance	Classe/enseignant
Fournisseur de soins de santé	Téléphone du bureau du fournisseur de soins de santé	Numéro de dossier médical
Parent/tuteur	Téléphone	Autre n° de téléphone
Parent/tuteur/autre contact d'urgence	Téléphone	Autre n° de téléphone

## DIAGNOSTIC DE LA GRAVITÉ DE L'ASTHME

 Intermittent  Persistant [  Léger  Modéré  Sévère ]

## DÉCLENCHEURS DE L'ASTHME (Éléments qui aggravent l'asthme)

 Fumée  Rhums  Exercice  Animaux  Poussière  Nourriture  
 Météo  Odeurs  Pollen  Autre \_\_\_\_\_

### ZONE VERTE : ALLEZ-Y!

Suivez le **TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN (PRÉVENTION)** médicaments **CHAQUE JOURS**

#### Vous constatez TOUS les effets suivants :



- Votre respiration est facile.
- Vous n'avez pas de toux ou de respiration sifflante.
- Vous pouvez travailler et jouer.
- Vous pouvez dormir toute la nuit.

 Aucun médicament pour le traitement de fonds quotidien n'est requis. Médicament(s) pour le traitement de fonds quotidien : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**Prenez \_\_\_\_\_ bouffée(s) ou \_\_\_\_\_ pastille(s) \_\_\_\_\_ par jour.** Pour l'asthme d'effort, AJOUTEZ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **bouffées avec chambre d'inhalation \_\_\_\_\_ minutes avant l'effort.****APRÈS CHAQUE INHALATION DE VOTRE MÉDICAMENT QUOTIDIEN, RINCEZ-VOUS TOUJOURS LA BOUCHE.**

### ZONE JAUNE : ATTENTION!

Poursuivez le **TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN** et **AJOUTEZ DES D'URGENCE À ACTION RAPIDE** médicaments

#### Vous constatez UN des éléments suivants :



- Toux ou respiration sifflante légère.
- Oppression au niveau de la cage thoracique.
- Essoufflement.
- Difficulté à dormir, à travailler ou à jouer.

Si il vous a été prescrit, suivez le traitement de fonds quotidien et ajoutez ce médicament d'urgence à action rapide lorsque vous avez des difficultés respiratoires :

 Inhalateur \_\_\_\_\_ mcg**Prenez \_\_\_\_\_ bouffées toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire. Utilisez toujours une chambre d'inhalation, certains enfants peuvent avoir besoin d'un masque.** Nébuliseur \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
**Suivez le traitement par nébuliseur \_\_\_\_\_ toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire.** Autre \_\_\_\_\_

Si le médicament d'urgence à action rapide n'AIDE pas dans les \_\_\_\_\_ minutes qui suivent, prenez-le à nouveau et APPELEZ votre fournisseur de soins de santé.

Si vous prenez le médicament de secours à action rapide plus de \_\_\_\_\_ fois en \_\_\_\_\_ heures, APPELEZ votre fournisseur de soins de santé.

**SI VOUS TROUVEZ DANS LA ZONE JAUNE DEPUIS PLUS DE 24 HEURES, APPELEZ LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ.**

### ZONE ROUGE : URGENCE!

Poursuivez le **TRAITEMENT DE FONDS QUOTIDIEN** et **D'URGENCE À ACTION RAPIDE** Médicaments et **CHERCHER DE L'AIDE!**

#### Vous constatez UN des éléments suivants :



- Le souffle est très court.
- Le médicament n'aide pas.
- La respiration est rapide et difficile
- Les narines sont grandes ouvertes, les côtes sont apparentes et vous avez des difficultés à parler.
- Les lèvres ou les ongles sont gris ou bleuâtres.

 \_\_\_\_\_ inhaler \_\_\_\_\_ mcg**Prenez \_\_\_\_\_ bouffées toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire. Utilisez toujours une chambre d'inhalation, certains enfants peuvent avoir besoin d'un masque.** Nébuliseur \_\_\_\_\_ mg / \_\_\_\_\_ ml  
**Suivez le traitement par nébuliseur \_\_\_\_\_ toutes les \_\_\_\_\_ heures, si nécessaire.** Autre \_\_\_\_\_**APPELEZ À NOUVEAU LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ PENDANT L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS D'URGENCE À ACTION RAPIDE. Si vous ne parvenez pas à contacter le fournisseur de soins de santé, APPELEZ LE 911 POUR UNE AMBULANCE OU ALLEZ DIRECTEMENT AUX URGENCES!**

### OBLIGATOIRE AUTORISATIONS POUR TOUTE UTILISATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

**Autorisation du fournisseur de soins de santé** : Je demande que ce plan soit suivi tel que rédigé. Ce plan est valable pour l'année scolaire \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

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

**Autorisation du parent/tuteur** : Je donne mon consentement pour que l'infirmier(ère) scolaire donne les médicaments énumérés dans ce plan ou pour que le personnel scolaire formé aide mon enfant à les prendre après examen de la part de l'infirmier(ère) scolaire. Ce plan sera transmis au personnel de l'école qui s'occupe de mon enfant.

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

### FACULTATIF AUTORISATIONS POUR PORTER ET UTILISER DE MANIÈRE AUTONOME DES MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

**Autorisation du fournisseur de soins de santé pour porter et utiliser de manière autonome des médicaments** : Je certifie que cet étudiant m'a démontré qu'il est en mesure de s'administrer lui-même ce médicament de secours efficacement et qu'il peut porter et utiliser ce médicament de façon autonome à l'école sans supervision du personnel de l'école.

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

**Autorisation du parent/tuteur pour porter et utiliser de manière autonome des médicaments (si ordonné ci-dessus par le fournisseur)** : Je conviens que mon enfant est en mesure de s'administrer lui-même ce médicament de secours efficacement et qu'il peut le porter et l'utiliser de façon autonome à l'école sans la supervision du personnel scolaire.

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