

**EMERGENCY CONTACTS /
NUMÉROS DE CONTACTS EN CAS D'URGENCE**

IN CASE OF AN EMERGENCY CALL **9-1-1** FIRST
OR YOUR LOCAL EMERGENCY NUMBER

EN CAS D'URGENCE, COMPOSEZ D'ABORD LE **9-1-1**
OU VOTRE NUMÉRO D'URGENCE LOCAL

PRIMARY CONTACT / CONTACT PRINCIPAL

NAME / NOM _____

HOME # / No À DOMICILE _____

WORK # / No AU TRAVAIL _____

CELL # / No DE CELLULAIRE _____

SECONDARY CONTACT / CONTACT SECONDAIRE

NAME / NOM _____

RELATIONSHIP / LIEN DE PARENTÉ _____

HOME # / No À DOMICILE _____

WORK # / No AU TRAVAIL _____

CELL # / No DE CELLULAIRE _____

DOCTOR'S NAME /
NOM DU MÉDECIN _____ OFFICE # /
No AU BUREAU _____

KNOWN TRIGGERS /
DECLENCHEURS CONNUS _____

KNOWN ALLERGIES /
ALLERGIES CONNUES _____

OTHER MEDICAL CONDITIONS /
AUTRES ÉTATS PATHOLOGIQUES _____

REMEMBER TO UPDATE SHOULD ANY OF THIS INFORMATION CHANGE
You may want to secure a recent photo of your child to an unused panel of this card.
N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE LES MISES À JOUR QUI S'IMPOSENT SI JAMAIS CES
RENSEIGNEMENTS DEVAIENT CHANGER Vous pouvez fixer une photo récente de
votre enfant sur un des côtés non utilisés de la présente carte.

GREEN

My asthma is well controlled

PEAK FLOW
81-100%

- Breathing is normal
- Sleep through the nights
- Can do all usual activities
- No coughing, wheezing or tightness in the chest

Regular Treatment Program

- Quick relief medicine _____ : _____ puffs
15 minutes before exercise using **AeroChamber®**
Brand Valved Holding Chamber (VHC).
- Inhaled Steroid _____ : _____ puffs using
AeroChamber® Brand VHC OR as a dry powder:
_____ times a day.
- Other: _____

Asthma treatment guidelines recommend
the use of a **Peak Flow Meter** to detect
changes in lung function, even before
you have any symptoms.



101625-001 Rev B. © Registered trade-marks of Trudell Medical International. Copyright © Trudell
Medical International 2009. All rights reserved.

YELLOW

My asthma is getting worse

PEAK FLOW
50-80%

- Shortness of breath during the day or night
- Coughing, wheezing or tightness in the chest
- Coughing at night more than 1 night per week
- Can do some but not all usual physical activities
- Using quick relief medicine more than 3 times per week
- First signs of a cold or flu

- Quick relief medicine _____
- Keep following regular treatment plan.
- Add: _____

If you are back in the green zone within one hour

Doctor's instructions: _____

If you are NOT back in the green zone within one hour.

Doctor's instructions: _____

If you are in the yellow zone, you should contact your Healthcare Provider.

RED

DANGER!

PEAK FLOW
< 50%

- Shortness of breath **at rest**
- Medication does not help within 10 minutes
- Difficulty walking or talking
- Sucking in of the skin at the front of the neck
- Lips and/or fingernails turn blue
- **IF YOU ARE IN ANY DOUBT . . .**

**CALL AN AMBULANCE OR SEEK
IMMEDIATE MEDICAL ATTENTION!**

Take ___ puffs of quick relief medicine every ___ minutes while travelling to the hospital or waiting for help.

Try and remain calm. It is important that you not wait to find medical attention, especially if experiencing shortness of breath at rest, difficulty speaking or difficulty taking medication.

LISTEN... to what I am saying
– I have had attacks before.

LOOSEN... any tight or restrictive clothing.

DO NOT... hug me or lay me down
as this will restrict my breathing.

DO NOT... leave me unattended.

VERT

Mon asthme est bien contrôlé

DÉBIT
MAXIMUM
81 – 100%

- Ma respiration est normale
- Je ne m'éveille pas la nuit
- Je peux exécuter toutes mes activités habituelles
- Aucune toux ou respiration sifflante ni serrement de poitrine

Programme de traitement régulier

- Médicament de soulagement rapide _____ :
_____ inhalations 15 minutes avant de faire de
l'exercice avec la chambre de retenue valvée
(CRV) de marque **AeroChamber^{MD}**.
- Stéroïde inhalé _____ : _____
inhalations avec la CRV de marque
AeroChamber^{MD} OU sous forme de poudre
sèche : _____ fois par jour.
- Autre : _____

Les directives de traitement de l'asthme recommandent un débitmètre de pointe pour détecter si la fonction des poumons a changé avant même que vous présentiez des symptômes quelconques.



JAUNE

Mon asthme empire

DÉBIT
MAXIMUM
50 – 80%

- Je m'essouffle le jour ou la nuit
- Toux, respiration sifflante ou serrement de poitrine
- Je tousse la nuit plus d'une fois par semaine
- Je peux exécuter certaines de mes activités physiques habituelles, mais pas toutes
- J'utilise le médicament de soulagement rapide plus de 3 fois par semaine
- Signes précoces de rhume ou de grippe

- Médicament de soulagement rapide _____
- Continuez d'exécuter le plan de traitement régulier.
- Ajoutez : _____

Si dans l'heure qui suit vous êtes de nouveau dans la zone verte

Instructions du médecin : _____

Si dans l'heure qui suit vous N'êtes PAS de nouveau dans la zone verte. Instructions du médecin : _____

Si vous êtes dans la zone jaune, vous devez communiquer avec votre fournisseur de soins de santé.

ROUGE

DANGER!

DÉBIT
MAXIMUM
< 50%

- Essoufflement **au repos**
- Le médicament n'offre aucun soulagement en 10 minutes
- Marcher ou parler s'avère difficile
- La peau à l'avant du cou est contractée
- Les lèvres et/ou les ongles bleuissent
- **SI VOUS AVEZ DES DOUTES . . .**

FAITES VENIR UNE AMBULANCE OU PRÉSENTEZ-VOUS CHEZ UN MÉDECIN IMMÉDIATEMENT

Prenez ___ inhalations du médicament de soulagement rapide toutes les ___ minutes sur le trajet vers l'hôpital ou pendant que vous attendez qu'on vous aide.

Restez calme. Il est important d'obtenir rapidement de l'aide médicale, surtout si vous êtes essoufflé sans raison, si vous avez de la difficulté à parler ou si vous avez de la difficulté à prendre vos médicaments.

ÉCOUTEZ... ce que je dis – J'ai déjà eu des attaques.
DESSERREZ... tout vêtement serré ou contraignant.
NE PAS... m'embrasser ou m'étendre car cela nuirait à ma respiration.
NE PAS... me laisser seul.

read me
first

Asthma Action Plan

à lire
d'abord

Plan d'action contre
l'asthme

Name / Nom

Date of Birth / Date de naissance

Health Card Number / Numéro d'assurance maladie