



DT9173

FORMULAIRE D'ORDONNANCE



Plan d'action pour les crises d'asthme
- SITUATION D'URGENCE -

Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill

Nom de l'établissement _____
Téléphone _____

Dossier _____
Nom _____
Adresse _____
Date de naissance _____

Allergies _____
Poids _____ kg

Mon asthme est contrôlé

Si :

- J'ai répondu OUI à aucune (0) des questions du Quiz (voir au verso) ET
- Je me sens bien

Mon asthme est mal contrôlé

Si :

- J'ai répondu OUI à 1 question ou plus du Quiz (voir au verso) OU
- Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer OU
- Je commence un rhume

Aujourd'hui, mon asthme est hors de contrôle

Pour traiter cette crise d'asthme, le médecin recommande que je prenne :

Médicament de CONTRÔLE _____ µg/dose _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation) (nom) (couleur) (durée du traitement)

jusqu'à ce que je revois mon médecin OU _____

Médicament de SECOURS _____ µg/dose _____ bouffée(s) **SI BESOIN**
(pour ouvrir les bronches) (nom) (couleur) # : _____ R : _____
lorsque je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer.
SI JE DOIS RÉPÉTER AVANT 4 HEURES, J'APPELLE OU VOIS UN MÉDECIN

Corticostéroïdes oraux _____ fois/jour pendant _____ jours # : _____ NR
(pour réduire l'inflammation) (nom) (teneur) (dose)

AUTRE(S) médicament(s) _____ # : _____ R : _____

Chambre d'espacement _____ # : _____ R : _____
(voir conseil 3 au verso)

Dr. _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom en lettres moulées _____ Date _____

Après cette crise d'asthme, le médecin recommande que je rencontre avant 6 semaines :

Mon médecin _____ afin de recevoir un NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.
(nom/clinique)

Mon pharmacien ou mon éducateur en asthme _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :

- Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU
- Mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) ne me soulage pas pendant **au moins 4 heures** OU
- Je ne me sens **PAS MIEUX** après _____

Quoi faire ? C'est URGENT :
Je dois prendre mon médicament de secours encore et appeler ou voir un médecin tout de suite.



DT9173

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Allergies _____

Poids _____ kg



Plan d'action pour les crises d'asthme - SITUATION D'URGENCE -

Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill

Nom de l'établissement _____

Téléphone _____

Mon asthme est contrôlé

Si :



J'ai répondu OUI à aucune (0) des questions du Quiz (voir au verso) ET

Je me sens bien

Mon asthme est mal contrôlé

Si :



J'ai répondu OUI à 1 question ou plus du Quiz (voir au verso) OU

Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer OU

Je commence un rhume

Aujourd'hui, mon asthme est hors de contrôle

Pour traiter cette crise d'asthme, le médecin recommande que je prenne :

Médicament de CONTRÔLE _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) _____ fois/jour # : _____ R : _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin OU _____ (durée du traitement)

Médicament de SECOURS _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) _____ bouffée(s) SI BESOIN
(pour ouvrir les bronches)

lorsque je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer. # : _____ R : _____

SI JE DOIS RÉPÉTER AVANT 4 HEURES, J'APPELLE OU VOIS UN MÉDECIN

Corticostéroïdes oraux _____ (nom) _____ (teneur) _____ (dose) _____ fois/jour pendant _____ jours # : _____ NR
(pour réduire l'inflammation)

AUTRE(S) médicament(s) _____ # : _____ R : _____

Chambre d'espacement _____ # : _____ R : _____
(voir conseil 3 au verso)

Dr _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom en lettres moulées _____ Date _____

Après cette crise d'asthme, le médecin recommande que je rencontre avant 6 semaines :

Mon médecin _____ (nom/clinique) _____ afin de recevoir un NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.

Mon pharmacien ou mon éducateur en asthme _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :

Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU

Mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) ne me soulage pas pendant **au moins 4 heures** OU

Je ne me sens **PAS MIEUX** après _____



Quoi faire ? C'est URGENT :

Je dois prendre mon médicament de secours encore et appeler ou voir un médecin tout de suite.



DT9173

Dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Allergies _____

Poids _____ kg



Plan d'action pour les crises d'asthme - SITUATION D'URGENCE -

Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill

Nom de l'établissement _____

Téléphone _____

Mon asthme est contrôlé

Si :



J'ai répondu OUI à aucune (0) des questions du Quiz (voir au verso) ET

Je me sens bien

Mon asthme est mal contrôlé

Si :



J'ai répondu OUI à 1 question ou plus du Quiz (voir au verso) OU

Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer OU

Je commence un rhume

Aujourd'hui, mon asthme est hors de contrôle

Pour traiter cette crise d'asthme, le médecin recommande que je prenne :

Médicament de CONTRÔLE _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) bouffée(s) _____ fois/jour #: _____ R: _____
(pour réduire l'inflammation)

jusqu'à ce que je revois mon médecin OU _____ (durée du traitement)

Médicament de SECOURS _____ (nom) _____ µg/dose _____ (couleur) bouffée(s) SI BESOIN
(pour ouvrir les bronches)

lorsque je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer. #: _____ R: _____

SI JE DOIS RÉPÉTER AVANT 4 HEURES, J'APPELLE OU VOIS UN MÉDECIN

Corticostéroïdes oraux _____ (nom) _____ (teneur) _____ (dose) fois/jour pendant _____ jours #: _____ NR
(pour réduire l'inflammation)

AUTRE(S) médicament(s) _____ #: _____ R: _____

Chambre d'espacement _____ #: _____ R: _____
(voir conseil 3 au verso)

Dr. _____ Signature _____ Numéro de permis _____ Nom en lettres moulées _____ Date _____

Après cette crise d'asthme, le médecin recommande que je rencontre avant 6 semaines :

Mon médecin _____ (nom/clinique) afin de recevoir un NOUVEAU Plan d'action pour rester en contrôle.

Mon pharmacien ou mon éducateur en asthme _____ pour discuter de 5 conseils pour rester en contrôle.
(voir au verso)

Après mon retour à la maison, si :

Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU 

Mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) ne me soulage pas pendant **au moins 4 heures** OU

Je ne me sens **PAS MIEUX** après _____

Quoi faire ? C'est URGENT :

Je dois prendre mon médicament de secours encore et appeler ou voir un médecin tout de suite.



L'asthme est une maladie qui affecte mes poumons (bronches) CHAQUE JOUR, même entre les crises. Je peux contrôler mon asthme si je m'en occupe TOUS LES JOURS, même si je me sens bien.

5 CONSEILS POUR RESTER EN CONTRÔLE

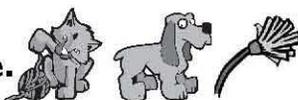
1 Recevoir de l'aide.



Mon **pharmacien** ou mon **éducateur en asthme** sont là pour m'aider à comprendre comment traiter mon asthme et comment utiliser mon Plan d'action. Je peux trouver un **éducateur en asthme** en téléphonant au RQAM* au 1 877 441-5072.

*Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC
www.rqam.ca

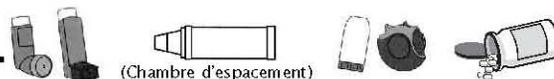
2 Éviter ce qui empire mon asthme.



1 866 J'arrête
1 866 527-7383
www.jarrete.qc.ca

- Je dois éviter de fumer ou d'être dans une maison ou une voiture lorsque quelqu'un y fume.
- Je dois reconnaître ce qui déclenche mon asthme et essayer de l'éviter.
- Si j'ai un rhume, je vais utiliser mon Plan d'action, me moucher et me nettoyer le nez avec de l'eau salée, si nécessaire.

3 Prendre mes médicaments, tel que prescrit.



- Je revois la technique pour utiliser mes pompes (inhalateurs) avec mon **pharmacien** ou mon **éducateur en asthme**.
- Voici **mes trucs** pour me souvenir de prendre mes médicaments : _____

4 Refaire mon Quiz* sur l'asthme régulièrement.

*Énoncés adaptés avec l'autorisation des auteurs et de l'éditeur : Ducharme FM, Davis GM, Noya F et al. *The Asthma Quiz for Kids*: A validated tool to appreciate the level of asthma control in children. *Can Respir J* 2004; 11(8):541-6.

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer...

- | | |
|--|---------|
| 1) pendant la journée, 4 jours ou plus ? | OUI NON |
| 2) assez pour me réveiller la nuit, 1 fois ou plus ? | OUI NON |
| 3) assez pour utiliser mon médicament de SECOURS (pompe BLEUE ou _____) 4 fois ou plus, sans compter 1 fois par jour avant l'exercice ? | OUI NON |
| 4) assez pour me limiter dans mes activités physiques ? | OUI NON |
| 5) assez pour m' absenter de mes activités habituelles, de l'école ou du travail ? | OUI NON |

Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI ? _____

5 Revoir mon médecin régulièrement.



Si aucune (0) : asthme contrôlé ○
Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé ◆

Mon **médecin** est là pour m'aider à atteindre mon but.

- Il veut savoir comment je vais et revoir mes résultats au **Quiz** sur l'asthme.
- Ensemble, nous discuterons d'un NOUVEAU Plan d'action avec des instructions quand *mon asthme est contrôlé* et quand *il est mal contrôlé*.
- Ce NOUVEAU Plan d'action va m'aider à : - contrôler mon asthme tous les jours;
- prévenir une autre crise d'asthme.

Cet outil a reçu l'appui des ordres professionnels (CMQ, OPQ, OIIQ), des fédérations médicales (FMOQ, FMSQ), des associations québécoises de pharmaciens, de médecins spécialistes en pneumologie, en pédiatrie et en médecine d'urgence de même que du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC.

Édition : Conseil du médicament (CdM) www.cdm.gouv.qc.ca – 418 644-8282

Coordination : Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal du CdM

Rédaction : D^{re} Francine M. Ducharme et son équipe de recherche, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

Révision scientifique externe : Groupe d'experts sur l'asthme du CdM, professionnels de la santé (médecins, infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens) du comité consultatif de l'équipe de recherche et des groupes de référence pédiatrique et adulte du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM), membres du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal du CdM.

Collaboration : Enfants et parents atteints d'asthme

Conception graphique et édition électronique : Graphidée

Afin de faciliter la lecture du texte, le masculin est utilisé pour désigner à la fois les femmes et les hommes.

Janvier 2009

© Gouvernement du Québec

Financé par le Fonds sur l'utilisation optimale des médicaments. La reproduction intégrale de ce document à des fins non commerciales est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

Cet outil est présenté à titre indicatif seulement et ne remplace pas l'avis éclairé du médecin ni la relation du patient avec un professionnel de la santé.

English version available on request.