

Asthma Action Plan



General Information:

Name _____
 Emergency contact _____ Phone numbers _____
 Physician/Health Care Provider _____ Phone numbers _____
 Physician Signature _____ Date _____

Severity Classification

Mild Intermittent Moderate Persistent
 Mild Persistent Severe Persistent

Triggers

Colds Smoke Weather
 Exercise Dust Air pollution
 Animals Food
 Other _____

Exercise

1. Pre-medication (how much and when) _____

 2. Exercise modifications _____

Green Zone: Doing Well

Peak Flow Meter Personal Best = _____

Symptoms

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Can work and play
- Sleeps all night

Control Medications

Medicine	How Much to Take	When To Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Peak Flow Meter

More than 80% of personal best or _____

Yellow Zone: Getting Worse

Contact Physician if using quick relief more than 2 times per week.

Symptoms

- Some problems breathing
- Cough, wheeze or chest tight
- Problems working or playing
- Wake at night

Continue control medicines and add:

Medicine	How Much to Take	When To Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Peak Flow Meter

Between 50 to 80% of personal best or _____ to _____

IF your symptoms (and peak flow, if used) return to Green Zone after one hour of the quick relief treatment, THEN

- Take quick-relief medication every 4 hours for 1 to 2 days
- Change your long-term control medicines by _____
- Contact your physician for follow-up care

IF your symptoms (and peak flow, if used) DO NOT return to the GREEN ZONE after 1 hour of the quick relief treatment, THEN

- Take quick-relief treatment again
- Change your long-term control medicines by _____
- Call your physician/Health Care Provider within _____ hours of modifying your medication routine

Red Zone: Medical Alert

Ambulance/Emergency Phone Number: _____

Symptoms

- Lots of problems breathing
- Cannot work or play
- Getting worse instead of better
- Medicine is not helping

Continue control medicines and add:

Medicine	How Much to Take	When To Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Peak Flow Meter

Between 0 to 50% of personal best or _____ to _____

Go to the hospital or call for an ambulance if

- Still in the red zone after 15 minutes
- If you have not been able to reach your physician/health care provider for help
- _____

Call an ambulance immediately if the following danger signs are present

- Trouble walking/talking due to shortness of breath
- Lips or fingernails are blue

Plan de acción contra el asma



Información general:

Nombre _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Números telefónicos _____
 Médico/Proveedor de atención médica _____ Números telefónicos _____
 Firma del médico _____ Fecha _____

Clasificación de la gravedad	Desencadenantes	Actividad física
<input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> Leve persistente <input type="radio"/> Moderada persistente <input type="radio"/> Severa persistente	<input type="radio"/> Resfríos <input type="radio"/> Fumar <input type="radio"/> Clima <input type="radio"/> Ejercicio <input type="radio"/> Polvo <input type="radio"/> Contaminación <input type="radio"/> Animales <input type="radio"/> Alimentos <input type="radio"/> Otros _____	1. Previa al medicamento (cuánta y cuándo) _____ 2. Modificaciones en la actividad física _____

Zona verde: se encuentra bien

Síntomas

- Respira bien
- No tiene tos ni respiración ruidosa
- Puede trabajar y jugar
- Duerme toda la noche

Medidor de flujo máximo

Más del 80% del récord o _____

Récord obtenido en el medidor de flujo máximo:

Medicamentos de control

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zona amarilla: está empeorando

Síntomas

- Algunas dificultades para respirar
- Tos, respiración ruidosa u opresión en el pecho
- Problemas para trabajar o jugar
- Se despierta por las noches

Medidor de flujo máximo

Entre el 50% y el 80% del récord, o entre _____ y _____

Comuníquese con el médico si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana.

Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) regresan a la zona verde después de una hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante 1 ó 2 días
- Cambie sus medicamentos de control a largo plazo por _____
- Comuníquese con su médico para obtener atención de seguimiento

Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) NO regresan a la zona verde luego de 1 hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome nuevamente el medicamento de alivio rápido
- Cambie los medicamentos de control a largo plazo por _____
- Llame a su médico/Proveedor de atención médica dentro de las _____ horas de haber modificado su rutina de medicamentos

Zona roja: alerta médica

Síntomas

- Muchas dificultades para respirar
- No puede trabajar o jugar
- Se empeora en lugar de mejorar
- El medicamento no ayuda

Medidor de flujo máximo

Menos del 50% del récord, o entre _____ y _____

Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:

Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Diríjase al hospital o llame a una ambulancia si:

- continúa en la zona roja luego de 15 minutos
- no pudo comunicarse con su médico/proveedor de atención médica para solicitar ayuda
- _____

Llame a una ambulancia inmediatamente si se presentan las siguientes señales de peligro:

- Tiene problemas para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Los labios o las uñas se tornan de color azul