

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030-1819

847-548-8470 Fax 847-548-8472 VP 224-207-8476

www.sedol.us



ASTHMA ACTION PLAN

Name: _____ DOB: ____/____/____

Severity Classification: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent

Asthma Triggers (list): _____

Peak Flow Meter Personal Best: _____

Green Zone: Doing Well

Symptoms: Breathing is good – No cough or wheeze – Can work and play – Sleeps well at night

Peak Flow Meter _____ (more than 80% of personal best)

Control Medicine(s)	Medicine	How much to take	When and how often to take it	Take at
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School

Physical Activity Use Albuterol/Levalbuterol _____ puffs, 15 minutes before activity with all activity when you feel you need it

Yellow Zone: Caution

Symptoms: Some problems breathing – Cough, wheeze or tight chest – Problems working or playing – Wake at night

Peak Flow Meter _____ to _____ (between 50% and 79% of personal best)

Quick-relief Medicine(s) Albuterol/Levalbuterol _____ puffs, every 4 hours as needed

Control Medicine(s) Continue Green Zone medicines

Add _____ Change to _____

You should feel better within 20-60 minutes of the quick-relief treatment. If you are getting worse or are in the Yellow Zone for more than 24 hours, THEN follow the instructions in the RED ZONE and call the doctor right away!

Red Zone: Get Help Now!

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

Peak Flow Meter _____ (less than 50% of personal best)

Take Quick-relief medicine NOW! Albuterol/Levalbuterol _____ puffs, _____ (how frequently)

Call 911 immediately if the following danger signs are present:

- Trouble walking/talking due to shortness of breath
- Lips or fingernails are blue
- Still in the red zone after 15 minutes

School Staff: Follow the Yellow and Red Zone instructions for the quick-relief medicines according to asthma symptoms. The only control medicines to be administered in the school are those listed in the Green Zone with a check mark next to 'Take at School'.

Both the Healthcare Provider and the Parent/Guardian feel that the child has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell and adult if symptoms do not improve after take the medicine.

Healthcare Provider

Name _____ Date _____ Phone _____ Signature _____

Parent/Guardian

I give permission for the medicines listed in the action plan to be administered in school by the nurse or other school staff as appropriate.

I consent to communication between prescribing health care provider or clinic, the school nurse, the school medical advisor and school-based health clinic providers necessary for asthma management and administration of this medicine.

Name _____ Date _____ Phone _____ Signature _____

School Nurse

The student has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell and adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Name _____ Date _____ Phone _____ Signature _____

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030-1819

847-548-8470 Fax 847-548-8472 VP 224-207-8476

www.sedol.us



PLAN de ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Clasificación de gravedad: Intermitente Persistente leve Persistente moderado Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): _____

Mejor marca personal del flujómetro: _____

Zona verde: Anda bien

Síntomas: La respiración es buena – Sin tos ni resuello – Puede trabajar y jugar – Duerme bien a la noche
Flujómetro _____ (más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo	Tomar
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela

Actividad física usa albuterol/levalbuterol ____ puffs, 15 minutos antes de la actividad con todas las actividades
 cuando el niño siente que lo necesita

Zona amarilla: Precaución

Síntomas: Algunos problemas de respiración – Tos, resuello, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta a la noche
Flujómetro _____ a _____ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de alivio rápido Albuterol/levalbuterol ____ puffs, cada 4 horas según sea necesario
Medicamento/s de control Continuar con los medicamentos de la Zona verde
 Agregar _____ Cambiar por _____

El niño se debe sentir mejor dentro de 20–60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda
Flujómetro _____ (menos del 50% de la mejor marca personal)

¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA! Albuterol/levalbuterol ____ puffs, _____ (con qué frecuencia)
Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro

- Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

Personal escolar: Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a "Tomar en la escuela".

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Proveedor de atención médica

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Firma _____

Padre/tutor

Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción según corresponda.
 Autorizo la comunicación entre la clínica o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud ubicada en la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Firma _____

Enfermero de la Escuela

El estudiante ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Firma _____