

# Asthma Action Plan for Home and School



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 the child feels he/she needs it

## Yellow Zone: Caution

Symptoms: Some problems breathing – Cough, wheeze, or chest tight – 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 \_\_\_\_\_

The child should feel better within 20–60 minutes of the quick-relief treatment. If the child is getting worse or is 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 an adult if symptoms do not improve after taking 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 the 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 an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# Plan de acción contra el asma para el hogar y la escuela

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)

Vacuna contra la gripe – Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ Fecha de próxima vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la COVID-19 – Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

| Medicamento/s de control | Medicamento | Cuánto tomar | Cuándo y con qué frecuencia tomarlo |
|--------------------------|-------------|--------------|-------------------------------------|
|                          | _____       | _____        | _____                               |

**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 \_\_\_\_\_ Inhalaciones cada 20 minutos por hasta 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 \_\_\_\_\_

Envíe una copia firmada al proveedor que figura arriba.

1-800-LUNGUSA | Lung.org