

Asthma Action Plan



General Information:

☐ Name _____
☐ Emergency contact _____ Phone numbers _____
☐ Physician/healthcare provider _____ Phone numbers _____
☐ Physician signature _____ Date _____

Severity Classification

- ☐ Intermittent ☐ Moderate Persistent
☐ Mild Persistent ☐ Severe Persistent

Triggers

- ☐ Colds ☐ Smoke ☐ Weather
☐ Exercise ☐ Dust ☐ Air Pollution
☐ Animals ☐ Food
☐ Other _____

Exercise

1. Premedication (how much and when) _____
2. Exercise modifications _____

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 or _____

Peak Flow Meter Personal Best =

Control Medications:

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

Yellow Zone: Getting Worse

Symptoms

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

Peak Flow Meter

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

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

Continue control medicines and add:

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

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 medicine by _____
☐ Contact your physician for follow-up care.

IF your symptoms (and peak flow, if used) DO NOT return to Green Zone after one hour of the quick-relief treatment, THEN

- ☐ Take quick-relief treatment again.
☐ Change your long-term control medicine by _____
☐ Call your physician/Healthcare provider within _____ hour(s) of modifying your medication routine.

Red Zone: Medical Alert

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 or
_____ to _____

Ambulance/Emergency Phone Number:

Continue control medicines and add:

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

Go to the hospital or call for an ambulance if:

- ☐ Still in the red zone after 15 minutes.
☐ You have not been able to reach your physician/healthcare 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
☐ Intermitente ☐ Leve persistente ☐ Moderada persistente ☐ Severa persistente	☐ Resfríos ☐ Fumar ☐ Clima ☐ Ejercicio ☐ Polvo ☐ Contaminación ☐ Animales ☐ Alimentos ☐ 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