Asthma Action Plan

Name of Clinic:_____ Clinic Phone#:_____ Date: _____

Patient Name:_____ Provider Name:_____ Baseline Peak Flow:_____

	If:	Then take these medicines *every day:*			
GREEN ZONE	Everything is fine: No cough and Wheezing No nighttime cough No wheezing with exercise Able to do usual activities Peak flow is _____ (more than 80% of baseline peak flow)		Medicine:	How much:	When:
		Inhaled Steroid	_____	_____	_____
		Other Medications:	_____	_____	_____
		Always use a spacer with the puffer!			
		Before exercise, use Albuterol _____ 15 minutes before exercise. Call your provider for wheezing with exercise, nighttime cough, or with concerns.			
YELLOW ZONE	**But if your child is:**	Then take these medicines:			
	Starting to cough, wheeze, or feel short of breath Nighttime cough Cough with exercise Peak flow is between _____ and _____ (50% - 80% of baseline peak flow)		Medicine:	How much:	When:
		Quick Relief Medications	Albuterol	t Inhaler:_____ puffs with spacer ***or*** t Nebulizer: 0.5 ml with 2.5cc of normal saline	Every 4-6 hours Every 4-6 hours
			t Oral Steroid Other: _____		
			t Inhaled Steroid: Keeping taking this even when you are sick		
			_____	_____	_____
		Call the office to make an appointment!!!			
RED ZONE	**And if your child is:**	If you are this sick, you need to be seen immediately. Call the office for instructions or go to the Emergency Department. Call 911 if necessary.			
	MEDICAL ALERT! Coughing all the time; short of breath, trouble talking; walking or playing Peak flow is _____ (less than 50% of baseline peak flow)		Medicine:	How much:	When:
		Quick Relief	Albuterol	t Inhaler: 2 puffs ***or*** t Nebulizer: 0.5 ml with 2.5cc of normal saline	May repeat every 20 minutes for a total of 3 doses while you go to the doctor's office or emergency department
		***And* take this oral steroid:**	_____	_____	

Other important information:

1. *No smoking in your home or car.*
2. *Remove known triggers from your environment.*
3. *SELF MANAGEMENT GOAL:*_____

   _____
4. *Your next appointment:*_____

© 2003 Denver Health & Hospital Authority, Denver, CO

Plan de Acción Contra el Asma

Nombre de la clínica:_____ Teléfono de la clínica:_____ Fecha: _____

Nombre del paciente:_____ Nombre del médico:_____ Prom. de cap. pulmonar máx.:_____

	Si:	Entonces déle a su hijo los siguientes medicamentos *todos los días:*		
ZONA VERDE	Todo está bien: No tose No tiene sibilancia No tose por la noche No tiene sibilancia cuando hace ejercicio Puede hacer sus actividades con normalidad. Cap. pulmonar máx. _____ (más del 80% del promedio)		Medicamento:	Cuánto:	Cuándo:
		Esteroides inhalados	_____	_____	_____
		Otros medicamentos:	_____	_____	_____
		¡Utilice siempre un espaciador con el inhalador!			
		Antes de hacer ejercicio: déle el Albuterol _____ 15 minutos antes de hacer ejercicio. Llame a su médico si tiene sibilancia al hacer ejercicio, tose por la noche o si tiene alguna pregunta.			
ZONA AMARILLA	**Pero si su hijo:**	Entonces tome estos medicamentos:			
	Empieza a toser, sibilar o le falta la respiración Tose por la noche Tose al hacer ejercicio Cap. pulmonar máx. entre_____ y _____ (50% - 80% del promedio)		Medicamento:	Cuánto:	Cuándo:
		Medicamentos de acción rápida	Albuterol	☐ Inhalador:_____ inhalaciones con espaciador ***o***	Cada 4-6 horas
				☐ Nebulizador: 0.5 ml con 2.5cc de solución salina normal	Cada 4-6 horas
			☐ Esteroides orales		
			Otro: _____		
			☐ Esteroides inhalados: No deje de tomarlos aunque esté enfermo.		
			_____	_____	_____
		¡Llame al consultorio para hacer una cita!			
ZONA ROJA	**Y si su hijo:**	Si lo ve muy enfermo, llévelo con el médico de inmediato. Llame al consultorio para pedir instrucciones o llévelo a urgencias. Llame al 911 si es necesario.			
	¡ALERTA MÉDICA! Tose todo el tiempo; le falta la respiración, tiene problemas para hablar, caminar o jugar Cap. pulmonar máxima: _____ (menos del 50% del promedio)		Medicamento:	Cuánto:	Cuándo:
		Acción rápida	Albuterol	☐ Inhalador: 2 inhalaciones ***o***	Puede repetirlo cada 20 minutos para un total of 3 dosis mientras llega al consultorio o a urgencias
				☐ Nebulizador: 0.5 ml con 2.5cc de solución salina normal	
		***Y* tome este esteroide oral**	_____	_____	

Información importante:

1. *No fume en la casa ni en el automóvil.*
2. *Elimine del ambiente todo aquello que ocasione un ataque de asma.*
3. *OBJETIVO DE CONTROL PERSONAL:*_____
   _____
4. *Su próxima cita es el:*_____

© 2003 Denver Health & Hospital Authority, Denver, CO