


Nom : _____ Date de naissance : _____

Gravité de l'asthme : Intermittent Légèrement persistant Modérément persistant Gravement persistant
 Il/elle a eu des crises/exacerbations d'asthme nombreuses ou graves.

 **Zone verte** Faites prendre ces médicaments à l'enfant tous les jours, même si il ou elle se sent bien.


Utilisez toujours un dispositif d'espacement avec les inhalateurs tel qu'indiqué.

Médicament(s) de contrôle : _____

Médicament(s) de contrôle administré(s) à l'école : _____

Médicaments de secours : _____ inhalations toutes les quatre heures si nécessaire

Médicament pour l'activité : _____ inhalations toutes les 15 minutes avant l'activité physique, si nécessaire

 **Zone jaune** Commencez le plan de traitement de la maladie si l'enfant présente une toux, une respiration sifflante, ou une oppression thoracique. Faites prendre à l'enfant tous ces médicaments lorsqu'il/elle est malade.

Médicament de secours : _____ inhalations toutes les 4 heures, si nécessaire.


Médicament(s) de contrôle :

Poursuivre avec les médicaments de la zone verte : _____

Ajouter : _____

Modifier : _____

Si l'enfant reste dans la zone **jaune** plus de **24** heures ou si son état s'aggrave, suivez les instructions de la zone **rouge** et appelez le médecin immédiatement !

 **Zone rouge** Si la respiration est difficile et rapide, si les côtes sont proéminentes, si l'enfant a du mal... du mal à marcher, à parler ou à dormir.
Faites-vous aider immédiatement

Donnez le(s) médicament(s) de secours maintenant

Médicament de secours : _____ inhalations toutes les _____

Prise : _____

Si l'enfant ne va pas mieux tout de suite, appelez le 911.

Veuillez appeler le médecin chaque fois que l'enfant se trouve dans la zone rouge.

Éléments déclencheurs de l'asthme : (Liste)

Personnel de l'école : Suivez les plans des zones jaunes et rouges pour les médicaments de secours en fonction des symptômes de l'asthme.
Sauf indication contraire, les seuls médicaments de contrôle à administrer à l'école sont ceux qui figurent sur la liste des médicaments « administrés à l'école » dans la zone verte.

- Le médecin spécialiste de l'asthme et les parents estiment que l'enfant peut porter et utiliser seul(e) ses inhalateurs inhalateurs.
 L'infirmier/ère scolaire est d'accord pour que l'élève utilise seul(e) ses inhalateurs.

Nom en caractères d'imprimerie et coordonnées du médecin spécialiste de l'asthme :

Signature du médecin spécialiste de l'asthme :

Date :

Parent/Tuteur : Je donne une autorisation écrite pour que les médicaments énumérés dans le plan d'action soient administrés à l'école par l'infirmier/ère ou d'autres membres de l'école, au besoin. Je consens à la communication entre le prestataire de soins de santé/clinique prescripteur, l'infirmier/ère scolaire, le conseiller médical de l'école et les prestataires de la clinique de santé scolaire nécessaire à la gestion de l'asthme et à l'administration de ces médicaments.

Signature du parent/tuteur :

Signature de l'infirmier/ère scolaire :

Date :

Date :

Veuillez envoyer une copie signée au prestataire indiqué ci-dessus.