

ASTHMA ACTION PLAN



N17150

Name _____

MR# _____

Birthdate _____
 (Addressograph / Label)

ASTHMA SEVERITY (Check one):
 Mild Intermittent Moderate Persistent
 Mild Persistent Severe Persistent

Primary Care Provider Name _____ Phone _____
 Primary Care Clinic Name _____ Phone _____
 No Primary Care Provider Primary Care Provider Unknown

When you are in the GREEN ZONE, take the following controller medicine(s) every day.



GREEN ZONE

"GO! All clear!"

Controller medicines _____ How much to take _____ When to take it _____

Peak Flow Range: _____

- Breathing is easy
- Can play, work, and sleep without asthma symptoms

Spacer used: Optichamber: with mask without mask **OR** Inspirease
 Medicine _____
 How much to take _____
 Take this medicine as needed 10-20 minutes before sports or any other strenuous activity.
 Student may carry and use this medicine at school after approval by the School Nurse

YELLOW ZONE

"Caution..."



Peak Flow Range: _____

_____ to _____
 (50-79% of personal best)

- Wake up at night
- Cough & wheeze
- Chest is tight

When you are in the YELLOW ZONE, keep taking your GREEN ZONE controller medicine(s) every day and add the following reliever medicine(s) to help keep the asthma episode from getting worse.

Reliever medicine _____ How much to take _____ When to take it _____

If you are in the YELLOW ZONE for more than 12-24 hours, call your doctor. If your breathing symptoms get worse, call your doctor.

Student may carry and use this medicine at school after approval by the School Nurse

RED ZONE

"STOP! Medical Alert!"



Peak Flow Range: _____

_____ to _____
 (Below 50% of personal best)

- Medicine is not helping
- Breathing is hard and fast
- Can't walk
- Ribs show
- Nose opens wide to breathe

When you are in the RED ZONE, start taking your RED ZONE medicine(s) and Call Your Doctor NOW!

- Take these medicines until you talk with your doctor.
- If your symptoms do not get better and you can't reach your doctor, go to the emergency room or call 911 immediately.

Reliever medicines _____ How much to take _____ When to take it _____

This asthma action plan is good for one year beginning: _____ (Date) _____ MD/NP/PA signature _____

I give my permission for this asthma action plan to be used by the following, and for them to share information with each other about my child's asthma for one year beginning today, so that they can work together to help my child manage her/his asthma. This plan, when signed and dated, may replace the school's consent to administer medication form, and allows my child's medicine to be given at school.

- My child's school / School health office
- My child's day care provider _____
- My child's clinic / Hospital
- Insurance case management / Education program _____
- Visiting nurse / Home care agency _____

If verbal / telephone consent, signatures of persons taking consent / witnessing: Parent / guardian signature _____

1) _____ 2) _____ Date _____

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA



N17150

Nombre _____

MR# _____

Fecha de nacimiento _____
(Addressograph / Label)

SEVERIDAD DEL ASMA:
 Leve, intermitente Moderada, persistente
 Leve, persistente Severa, persistente

Teléfono: _____
Teléfono: _____

Nombre del proveedor principal de servicios médicos _____
 No existe proveedor principal de servicios médicos Se desconoce el nombre del proveedor principal de servicios médicos

ZONA VERDE

“¡Avance! ¡Todo está bien!”



La ZONA VERDE significa que debe tomar diariamente las siguientes medicinas:

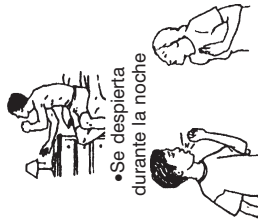
Medicinas controladores _____ Cantidad a tomar _____
 Medicinas controladores _____ Cantidad a tomar _____

Rango de flujo máximo: _____
 a _____
 (80-100% del valor mayor)

Con espaciador: Optichamber: con máscara sin máscara *Inspirease*
 Tome esta medicina como sea necesario
 10-20 minutos antes de hacer deporte u
 otra actividad extenuante.
 El alumno puede llevar esta medicina a la escuela y usarla allí después de se lo apruebe la enfermera.

- Es fácil respirar
- Puede jugar, trabajar y dormir sin síntomas de asma

ZONA AMARILLA
“Precaución...”



La ZONA AMARILLA significa que debe continuar tomando diariamente las medicinas controladores indicadas para la Zona Verde. Incluya las siguientes medicinas dilatadores para evitar el empeoramiento de los episodios asmáticos:
 Medicinas dilatadores _____ Cantidad a tomar _____
 Medicinas dilatadores _____ Cantidad a tomar _____

Rango de flujo máximo: _____
 a _____
 (50-79% del valor mayor)

- Presión en el pecho
- Tos y sibilancia

Si permanece en la ZONA AMARILLA por más de 12-24 horas, llame al médico. Si empeoran los síntomas respiratorios, llame al médico.

ZONA ROJA
“¡ALTO! ¡Alerta médica!”



La ZONA ROJA significa que debe tomar las medicinas para la Zona Roja y llamar a su médico ¡¡¡INMEDIATAMENTE!!!
 • Tome estas medicinas mientras logra comunicarse con el médico.
 • Si no mejoran los síntomas y no puede comunicarse con el médico, vaya a la Sala de Emergencias o llame inmediatamente al 911.

Rango de flujo máximo: _____
 a _____
 (Por debajo de 50% del valor mayor)

- La medicina no está ayudando
- La respiración es difícil y rápida
- No puede caminar
- No puede hablar bien
- Se ven las costillas
- Se abre bien la nariz para respirar

Medicinas dilatadores _____ Cantidad a tomar _____
 Medicinas dilatadores _____ Cantidad a tomar _____

Este plan de acción para el asma es efectivo por un año a partir de: _____ (Fecha) _____ Firma de MD/NP/PA _____

Yo autorizo el uso de este plan de acción para el asma a las siguientes personas/instituciones con el fin de compartir información sobre el asma de mi niño/a durante un año, a partir de hoy, para que puedan trabajar juntos y ayudar a mi niño/a con el control de su asma. Este plan de acción, una vez firmado y fechado, puede reemplazar el formulario escolar que da consentimiento para suministrar medicina, y permite que se le de a mi niño/a su medicina en la escuela.

- La escuela de mi niño/a / La enfermería de la escuela _____ Clínica / Hospital de mi niño/a
- Proveedor de cuidado infantil _____ Enfermera visitante / Agencia de cuidado en el hogar
- Manejo del caso de seguridad / Programa educativo _____ Firma del padre/madre/responsable _____

Si se autoriza verbal/telefónicamente, firma de la persona que recibe la autorización y testigo: _____

1) _____ 2) _____

Pediatric Guide to Peak Flow Zones for Providers

(Revised September 2000)

<i>Height</i>	<i>Predicted Peak Flow</i>	<i>Green Zone (100-80%)</i>	<i>Yellow Zone (79-50%)</i>	<i>Red Zone (Below 50%)</i>
43"	147	150 - 119	118 - 74	< 74
44"	160	160 - 128	127 - 80	< 80
45"	173	175 - 139	138 - 87	< 87
46"	187	190 - 150	149 - 94	< 94
47"	200	200 - 160	159 - 100	< 100
48"	214	215 - 171	170 - 107	< 107
49"	227	230 - 182	181 - 114	< 114
50"	240	240 - 192	191 - 120	< 120
51"	254	255 - 203	202 - 127	< 127
52"	267	270 - 214	213 - 134	< 134
53"	280	280 - 224	223 - 140	< 140
54"	293	295 - 234	233 - 147	< 147
55"	307	310 - 246	245 - 154	< 154
56"	320	320 - 256	255 - 160	< 160
57"	334	335 - 267	266 - 167	< 167
58"	347	350 - 278	277 - 174	< 174
59"	360	360 - 288	287 - 180	< 180
60"	373	375 - 298	297 - 187	< 187
61"	387	390 - 310	309 - 194	< 194
62"	400	400 - 320	319 - 200	< 200
63"	413	415 - 330	329 - 207	< 207
64"	427	430 - 342	341 - 214	< 214
65"	440	440 - 352	351 - 220	< 220
66"	454	455 - 363	362 - 227	< 227
67"	468	470 - 374	373 - 234	< 234
68"	482	485 - 385	384 - 241	< 241
69"	498	495 - 398	397 - 249	< 249
70"	510	510 - 408	407 - 255	< 255
71"	525	525 - 420	419 - 262	< 262
72"	539	540 - 431	430 - 269	< 269

Usted puede controlar su asma

El asma es una enfermedad que no desaparece, pero usted puede hacer muchas cosas para controlarla. Cuando el asma esté bajo control, usted va a tener menos episodios.

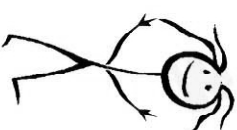
Durante un episodio asmático:

- Se inflama el interior de las vías respiratorias.
- Las vías respiratorias producen una flema gruesa.
- Los músculos que rodean las vías aéreas se estrechan más.

Evite las cosas que “desencadenan” o provocan los episodios asmáticos para usted.

Vaya regularmente al médico aún cuando esté controlando bien el asma.

Tome las medicinas para el asma.

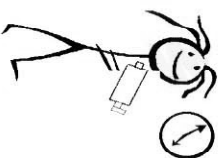
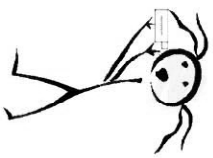
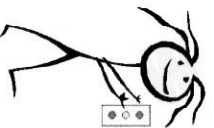


Alcance sus metas para el asma:

- Menos episodios
- Mantenerse activo
- Dormir toda la noche

Revise su Plan de Acción Para El Asma para determinar en qué Zona se encuentre.

Revise diariamente el flujo máximo (o con la frecuencia indicada por su médico).



Medicinas controladores: Ayudan a controlar la inflamación de las vías aéreas. No olvide tomarlos diariamente, ¡aún cuando se sienta bien!

Medicinas dilatadores: Le provee alivio rápido cuando se presentan los síntomas.

Desencadenantes comunes y algunas cosas que usted puede hacer:

- Humo:** No permita que nadie fume en su casa o auto.
- Polvo:** Disminuya el número de cosas que atrapen polvo en su habitación, como por ejemplo animales de peluche, libros y tapetes.
- Gérmenes:** Lávese las manos con frecuencia para ayudarle a evitar las gripes. Obtenga una vacuna antigripal.
- Mascotas:** Evite las mascotas con pelo o plumas como son los gatos, los perros o los pájaros.
- Clima:** En clima frío o en condiciones de viento, cúbrase la boca y nariz. En clima cálido y húmedo, no salga de su casa o use aire acondicionado.
- Ejercicio o deportes:** Tome su medicina dilatador 10 a 20 minutos antes de empezar. Haga ejercicios de calentamiento lentamente y beba líquidos tibios.