

University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) & University Health Service (UHS) Asthma Action Plan - For Patients 12 Years or Older (French) Plan d'Action pour l'Asthme – Pour les Patients à partir de 12 ans	NAME: MRN: BIRTHDATE: AGE:
---	-------------------------------------

DATE: DATE: ____ / ____ / ____ (mm/jj/aaaa) (mm/dd/yyyy)

ZONE VERTE (État satisfaisant) GREEN ZONE (Doing Well)	Médicaments de contrôle: Donnez chaque jour Controller Medications: Give every day						
<ul style="list-style-type: none"> • Bonne respiration (pas de toux, de respiration sifflante, d'oppression thoracique, ou d'essoufflement au cours de la journée ou de la nuit)et, Breathing is good (no cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night) and, • Est capable de faire les activités habituelles (étudier, jouer et faire de l'exercice)et, Able to do usual activities (work, play and exercise) and, • La mesure du débit de pointe est entre 80% et 100% de son meilleur résultat : Peak flow is between 80% and 100% of personal best: _____ - _____ 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;"><u>Medication Name</u></th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;"><u>Medication Directions</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Si vous avez habituellement des symptômes pendant l'exercice, prenez: If you usually have symptoms with exercise, then take: 	<u>Medication Name</u>	<u>Medication Directions</u>				
<u>Medication Name</u>	<u>Medication Directions</u>						

ZONE JAUNE (Prudence) YELLOW ZONE (Caution)	Médicaments de Survie Rescue Medications Continuez à prendre les médicaments de contrôle tels que prescrits et ajoutez: Continue taking the controller medications as prescribed and add:
<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes respiratoires (toux, respiration sifflante, oppression thoracique, essoufflement ou réveil pendant le sommeil) ou, Breathing problems (cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or waking up from sleep) or, • Peut faire certaines activités habituelles, mais pas toutes ou, Can do some, but not all usual activities or, • La mesure du débit de pointe est entre 60% et 80% de son meilleur résultat : Peak flow is between 60% and 80% of personal best: _____ - _____ 	<p>Prenez: Take: recommencez après 20 minutes, si besoin. repeat after 20 minutes, if needed.</p> <hr/> <p>Puis: Attendez 20 minutes et voyez si la prise de médicaments améliore votre état. Then: Wait 20 minutes and see if the medication(s) helped.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si votre ETAT S'AGGRAVE ou ne S'AMELIORE PAS après le/s traitement/s, allez à la Zone Rouge ci-dessous. If you are GETTING WORSE or are NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the Red Zone below. • Si vous allez MIEUX, continuez les traitements toutes les 4 à 6 heures au besoin pendant 24 à 48 heures. If you are BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours. <p>Puis: Si vous avez toujours des symptômes après 24 heures, TÉLÉPHONEZ À Then: VOTRE MÉDECIN au If you still have symptoms after 24 hours, CALL YOUR DOCTOR at _____.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Si vous avez besoin de médicaments de survie plus de 2 fois par semaine, téléphonez à votre médecin.</i> <i>If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your doctor.</i></p>

University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) & University Health Service (UHS)	NAME: MRN: BIRTHDATE: AGE:
Asthma Action Plan - For Patients 12 Years or Older (French) Plan d'Action pour l'Asthme – Pour les Patients à partir de 12 ans	

ZONE ROUGE (Alerte Médicale) RED ZONE (Medical Alert)	Traitement d'Urgence: Emergency Treatment: Prenez ces médicaments et allez chercher IMMÉDIATEMENT une aide médicale. Take these medications and seek medical help NOW.
<ul style="list-style-type: none"> • Respiration difficile et rapide (le nez est évasé, la cage thoracique est apparente) ou, Breathing is hard and fast (nose opens wide, ribs show) or, • Les médicaments de survie n'ont pas amélioré votre état ou, Rescue medications have not helped or, • Vous ne pouvez pas faire les activités habituelles (y compris troubles de la parole ou de la marche) ou, Cannot do usual activities (including trouble talking or walking) or, • La mesure du débit de pointe est moins de 60% de votre meilleur résultat : Peak flow is less than 60% of personal best: _____ 	Prenez: Take: _____ Puis: • Attendez 15 minutes et voyez si la prise de médicaments améliore votre état. Then: Wait 15 minutes and see if the medication(s) helped. <ul style="list-style-type: none"> • Si votre ETAT S'AGGRAVE ou ne S'AMELIORE PAS, allez à l'hôpital ou téléphonez au 9-1-1. If you are GETTING WORSE or are NOT IMPROVING, go to the hospital or call 9-1-1. • Si vous allez mieux, continuez le traitement toutes les 4 à 6 heures et téléphonez à votre médecin - dites que vous faites une crise d'asthme et que vous devez être vu AUJOURD'HUI. If you are BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours and call your doctor - say you are having an asthma attack and need to be seen TODAY. _____

Suivi (pour les patients admis à l'hôpital uniquement): Si vous sortez de l'hôpital, veuillez prendre un rendez-vous pour un suivi avec le Docteur _____ dans les 2-3 jours au _____.

Follow up (for inpatient only): If you are being discharged from the hospital, please follow up with Dr. [name] within 2-3 days at [location].

Évitez toujours les facteurs déclenchants suivants: Always avoid the following triggers:

Plan élaboré en partenariat avec le Patient/Médecin par (imprimez le nom): _____

Plan Developed in Partnership with Patient/Caregiver by (printed name):

Numéro du professionnel de santé: Provider #: _____

Signature: _____ Date: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Heure: _____ Matin/Après-midi
 Signature: _____ Date: _____ (mm/dd/yyyy) Time: _____ A.M./P.M.