

University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) & University Health Service (UHS) Asthma Action Plan - For Patients 5 to 11 Years Old (French) Plan d'Action pour l'Asthme – Pour les Patients de 5 à 11 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 border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Medication Name</u></th> <th style="text-align: left;"><u>Medication Directions</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Si votre enfant présente habituellement des symptômes pendant l'exercice, donnez-lui: If your child usually has symptoms with exercise, then give: 	<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 donner les médicaments de contrôle tels que prescrits et ajoutez: Continue giving 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>Donnez: Give: 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 l'état de votre enfant. Then: Wait 20 minutes and see if the medication(s) helped.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si l'ÉTAT de votre enfant S'AGGRAVE ou ne S'AMELIORE PAS après le/s traitement/s, allez à la Zone Rouge ci-dessous. If your child is GETTING WORSE or is NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the Red Zone below. Si votre enfant va MIEUX, continuez les traitements toutes les 4 à 6 heures, besoin pendant 24 à 48 heures. If your child is BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours. <p>Puis: Si votre enfant continue à avoir des symptômes après 24 heures, TÉLÉPHONEZ AU MÉDECIN DE VOTRE ENFANT au If your child still has symptoms after 24 hours, CALL YOUR CHILD'S DOCTOR at _____.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Si votre enfant a besoin de médicaments de survie plus de 2 fois par semaine, téléphonez au médecin de votre enfant. If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your child's doctor.</p>

University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) & University Health Service (UHS) Asthma Action Plan - For Patients 5 to 11 Years Old (French) Plan d'Action pour l'Asthme – Pour les Patients de 5 à 11 ans	NAME: MRN: BIRTHDATE: AGE:
---	-------------------------------------

ZONE ROUGE (Alerte Médicale) RED ZONE (Medical Alert)	Traitement d'Urgence: Emergency Treatment: Donnez ces médicaments et allez chercher IMMÉDIATEMENT une aide médicale. Give 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 l'état de votre enfant ou, Rescue medications have not helped or, • Ne peut 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 son meilleur résultat : Peak flow is less than 60% of personal best: _____ 	Donnez: Give: Puis: _____ Then: <ul style="list-style-type: none"> • Attendez 15 minutes et voyez si la prise de médicaments améliore l'état de votre enfant. Wait 15 minutes and see if the medication(s) helped. • Si l'ETAT de votre enfant S'AGGRAVE ou ne S'AMELIORE PAS, allez à l'hôpital ou téléphonez au 9-1-1. If your child is GETTING WORSE or is NOT IMPROVING, go to the hospital or call 9-1-1. • Si votre enfant va mieux, continuez le traitement toutes les 4 à 6 heures et téléphonez au médecin de votre enfant - dites que votre enfant fait une crise d'asthme et qu'il doit être vu AUJOURD'HUI. If your child is BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours and call your child's doctor - say your child is having an asthma attack and needs 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.