

SIGNS OF AN ASTHMA FLARE-UP

Young children may have early signs of an asthma flare up that are different from older children and adults. Follow your child's Asthma Action Plan as directed.

Your child may be in the **yellow zone** with **ANY** of these:

- Signs of a cold
- Cough or wheeze
- Tight chest
- Problems sleeping or playing
- Itchy, scratchy, sore throat, or clearing throat a lot
- Nose that is runny, stuffy, or rubbed a lot
- Dark circles under eyes
- Looks pale, tired, or weak
- Stomach aches or headaches
- Mood changes like being extra grouchy, extra quiet, or restless
- Eczema flare-up

Your child is in the **red zone** with **ANY** of these:

- Having trouble walking or talking due to shortness of breath
- Quick-relief medicine is not helping
- Breathing hard and fast
- Skin is sucked in around neck
- Nose flaring
- Hunched over
- Lots of coughing
- Ribs show

Asthma Action Plan		
Name	School	DOB
Health Care Provider	Provider's Phone	
Parent/Responsible Person	Parent's Phone	
Additional Emergency Contact	Contact Phone	
Asthma Severity (see reverse side) ☐ Intermittent or Persistent: ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe Asthma Control ☐ Well-controlled ☐ Needs better control		Asthma Triggers Identified (Things that make your asthma worse): ☐ Colds ☐ Smoke (tobacco, incense) ☐ Pollen ☐ Dust ☐ Animals ☐ Strong odors ☐ Mold/moisture ☐ Pests (rodents, cockroaches) ☐ Stress/emotions ☐ Gastroesophageal reflux ☐ Exercise Season: Fall, Winter, Spring, Summer ☐ Other:
		Date of Last Flu Shot: / /
Green Zone: Go!—Take these CONTROL (PREVENTION) Medicines EVERY Day		
You have ALL of these: • Breathing is easy • No cough or wheeze • Can work and play • Can sleep all night Peak flow in this area: (More than 80% of Personal Best) Personal best peak flow:		
☐ No control medicines required. <u>Always</u> rinse mouth after using your daily inhaled medicine. ☐ Inhaled corticosteroid or inhaled corticosteroid/long-acting β -agonist: _____ puff(s) inhaler with spacer _____ times a day ☐ Inhaled corticosteroid: _____ nebulizer treatment(s) _____ times a day ☐ Leukotriene receptor antagonist: _____, take _____ by mouth once daily at bedtime For asthma with exercise, ADD : ☐ Fast-acting inhaled β -agonist: _____ puff(s) inhaler with spacer 15 minutes before exercise For nasal/environmental allergy, ADD :		
Yellow Zone: Caution!—Continue CONTROL Medicines and ADD QUICK-RELIEF Medicines		
You have ANY of these: • First sign of a cold • Cough or mild wheeze • Tight chest • Problems sleeping, working, or playing Peak flow in this area: (50%-80% of Personal Best)		
☐ Fast-acting inhaled β -agonist: _____ puff(s) inhaler with spacer every _____ hours as needed OR ☐ Fast-acting inhaled β -agonist: _____ nebulizer treatment(s) every _____ hours as needed ☐ Other: _____ Call your DOCTOR if you have these signs more than two times a week, or if your quick-relief medicine doesn't work!		
Red Zone: EMERGENCY!—Continue CONTROL & QUICK-RELIEF Medicines and GET HELP!		
You have ANY of these: • Can't talk, eat, or walk well • Medicine is not helping • Breathing hard and fast • Blue lips and fingernails • Tired or lethargic • Ribs show Peak flow in this area: Less than _____ (Less than 50% of Personal Best)		
☐ Fast-acting inhaled β -agonist: _____ puff(s) inhaler with spacer every 15 minutes , for 3 treatments OR ☐ Fast-acting inhaled β -agonist: _____ nebulizer treatment every 15 minutes , for 3 treatments Call your doctor while giving the treatments. IF YOU CANNOT CONTACT YOUR DOCTOR: Call 911 for an ambulance or go directly to the Emergency Department!		

SEÑALES DE UNA EXACERBACIÓN DE ASMA

Niños pequeños pueden tener señales tempranas de una exacerbación (ataque) de asma que son diferentes de los niños más grandes y los adultos. Siga el Plan de Acción de Asma de su niño como dirigido.

Su hijo(a) puede estar en la **zona amarilla** con **cualquiera** de estos síntomas:

- Señales de un resfriado
- Tos o silbido
- Pecho apretado
- Problemas durmiendo o jugando
- Picazón o dolor de garganta, o aclarándose la garganta frecuentemente
- Pasando agua por la nariz, congestión de nariz, o picazón de nariz
- Círculos oscuros debajo de los ojos
- Palidez, cansancio, o debilidad
- Dolores de estómago o cabeza
- Cambios de humor como estar muy irritable, callado, o agitado
- Exacerbación del eczema

Su hijo/a esta en la **zona roja** con **cualquiera** de estos síntomas:

- Teniendo trabajo caminando o hablando dado a la falta de aliento
- El medicamento de alivio rápido no esta ayudando
- Respirando duro y rápidamente
- La piel esta hundida alrededor del cuello
- Grandes fosas nasales
- Encorvado
- Mucha toz
- Se le ven las costillas

Plan de Acción de Asma

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha	 ¡VERDE ES ADELANTE! Use la medicina de CONTROL diariamente ¡AMARILLO ES PRECAUCIÓN! Agregue la medicina de RESCATE ¡ROJO ES EMERGENCIA! (Consiga ayuda de un médico <u>ahora</u>!)
Profesional de salud	Número de teléfono		
Padre/Madre/Persona Responsable	Número de teléfono	Escuela	
Contacto adicional en caso de emergencia	Número de teléfono	Últimos 4 dígitos del #55	

Gravedad del Asma (ver lado reverso) ☐ Intermitente o Persistente: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave Control de Asma ☐ Bien controlada ☐ Necesita mejor control	Agentes provocadores de asma identificados (Cosas que empeoran su asma): ☐ Resfriados ☐ Humo (tabaco, incienso) ☐ Polen ☐ Polvo ☐ Animales ☐ Olores fuertes ☐ Moho/Humedad ☐ Plagas (roedores, cucarachas) ☐ Estrés/emociones ☐ Reflujo gastroesofágico ☐ Ejercicio ☐ Temporada: otoño, invierno, primavera, verano ☐ Otro: _____	Fecha de la última vacuna contra la influenza: / /
---	---	--

Zona Verde: ¡Adelante!-Tome estas medicinas de CONTROL (PREVENCIÓN) DIARIAMENTE

Tiene **TODOS** estos:

- Respira fácil
- No tose ni le silba el pecho
- Puede trabajar y jugar
- Puede dormir toda la noche

Flujo máximo en esta área: _____
 (Más del 80% del mejor propio)
 Mejor flujo máximo propio: _____

☐ No se requieren medicinas de control. **Siempre enjuague la boca después de usar su medicamento.**

☐ Inhalado corticosteroides or inhalado corticosteroides/long-acting β_2 -agonist: _____ inhalación(es) con el IDM _____ veces al día con el espaciador

☐ Inhalado corticosteroides: _____, tome _____ vía oral una vez al día a la hora de dormir

☐ Leukotriene antagonist: _____

Para el asma cuando haga ejercicio, **AGREGUE:** _____
☐ Fast-acting inhaled β_2 -agonist: _____ inhalaciones con el IDM con el espaciador 15 minutos antes de hacer ejercicio

Para las alergias nasales/ambientales, **AGREGUE:** _____

Zona Amarilla: ¡Precaución!-Continúe las medicinas de CONTROL y **AGREGUE** las de RESCATE

Tiene **ALGUNO** de estos:

- Signos de un resfriado
- Tos o silbido leve
- Congestión de pecho
- Problemas al dormir, trabajar o jugar

Flujo máximo en esta área: _____
 (50%-80% del mejor propio)

☐ Fast-acting inhaled β_2 -agonist: _____ inhalaciones con el IDM cada _____ horas cuando lo necesite con el espaciador

☐ Fast-acting inhaled β_2 -agonist: _____ tratamiento(s) por nebulizador cada _____ horas cuando lo necesite

☐ Otro: _____

¡Llame a su MÉDICO si tiene estos signos más de dos veces por semana o si la medicina de rescate no funciona!

Zona Roja: ¡EMERGENCIA!-Continúe las medicinas de CONTROL & RESCATE y **¡CONSIGA AYUDA!**

Tiene **ALGUNO** de estos:

- No puede hablar, comer, o caminar bien
- La medicina no le ayuda
- Respiración difícil y rápida
- Labios y uñas azules
- Cansado o apático
- Se le ven las costillas

Flujo máximo en esta área: _____
 Menos de _____
 (Menos del 50% del mejor propio)

☐ Fast-acting inhaled β_2 -agonist: _____ inhalaciones con el IDM **cada 15 minutos**, para **TRES** tratamientos con el espaciador

☐ Fast-acting inhaled β_2 -agonist: _____ tratamiento por nebulizador **cada 15 minutos**, para **TRES** tratamientos

Llame a su médico mientras le administra los tratamientos.

☐ Otro: _____

¡SI NO PUEDE COMUNICARSE CON SU MÉDICO: Llame al 911 para una ambulancia o vaya directamente a la sala de emergencias!