

FAMILY GOALS FOR MANAGING ASTHMA

- Fill all of your child's prescriptions today! Get refills every month as needed.
- Follow your child's Asthma Action Plan.
- Visit your primary care provider every 3 months to talk about asthma.
- Tell people who take care of your child how to take care of your child's asthma.
- If your child is at school, make sure the school nurse has a copy of the Asthma Action Plan and access to your child's medication.
- Cover your child's pillow with the special dust mite cover that we gave you.

Asthma Action Plan

Name	School	DOB	<p><i>DO NOT WRITE IN THIS SPACE</i></p> <p><i>Place Patient Label Here</i></p>
Health Care Provider	Provider's Phone		
Parent/Responsible Person	Parent's Phone		
Additional Emergency Contact	Contact Phone		
Asthma Severity (see reverse side) <input type="checkbox"/> Intermittent or Persistent: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe Asthma Control <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Needs better control			

Asthma Triggers Identified (Things that make your asthma worse): <input type="checkbox"/> Colds <input type="checkbox"/> Smoke (tobacco, incense) <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Dust <input type="checkbox"/> Animals <input type="checkbox"/> Strong odors <input type="checkbox"/> Mold/moisture <input type="checkbox"/> Pests (rodents, cockroaches) <input type="checkbox"/> Stress/emotions <input type="checkbox"/> Gastroesophageal reflux <input type="checkbox"/> Exercise <input type="checkbox"/> Season: Fall, Winter, Spring, Summer <input type="checkbox"/> Other: _____	Date of Last Flu Shot: / /
--	--------------------------------------

Green Zone: Go!—Take these CONTROL (PREVENTION) Medicines EVERY Day

<input type="checkbox"/> 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: _____ to _____ (More than 80% of Personal Best) Personal best peak flow: _____	<input type="checkbox"/> No control medicines required. [Always rinse mouth after using your daily inhaled medicine]. <input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid or inhaled corticosteroid/long-acting β_2 -agonist _____ puff(s) inhaler with spacer _____ times a day <input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid _____ nebulizer treatment(s) _____ times a day <input type="checkbox"/> Leukotriene antagonist _____, take _____ by mouth once daily at bedtime For asthma with exercise, ADD: <input type="checkbox"/> Fast-acting inhaled β_2 -agonist _____ puff(s) inhaler with spacer 15 minutes before exercise For nasal/environmental allergy, ADD: <input type="checkbox"/> _____
---	--

Yellow Zone: Caution!—Continue CONTROL Medicines and ADD QUICK-RELIEF Medicines

<input type="checkbox"/> 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: _____ to _____ (50%-80% of Personal Best)	<input type="checkbox"/> _____ puff(s) inhaler with spacer every _____ hours as needed OR <input type="checkbox"/> _____ nebulizer treatment(s) every _____ hours as needed <input type="checkbox"/> 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!

<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Fast-acting inhaled β_2 -agonist _____ puff(s) inhaler with spacer every 15 minutes , for 3 treatments OR <input type="checkbox"/> Fast-acting inhaled β_2 -agonist _____ nebulizer treatment every 15 minutes , for 3 treatments <input type="checkbox"/> Other _____ 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!
--	--

Write down your own goals!

METAS FAMILIARES PARA CONTROLAR EL ASMA

- Obtenga las recetas médicas de su hijo(a) hoy. Solicítelas cada mes como sea necesario.
- Siga el Plan de Acción de Asma de su hijo(a).
- Visite a su médico principal (pediatra) cada tres meses para discutir el asma.
- Hable con las personas al cuidado de su hijo(a) sobre como manejar el asma.
- Si su hijo(a) está en la escuela, asegúrese de que la enfermera tenga una copia de su Plan de Acción de Asma y tenga la medicina para su hijo(a).
- Cubra la almohada de su hijo(a) con la funda especial que se le dio.

Plan de Acción de Asma

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha	<p>¡VERDE ES ADELANTE! Use la medicina de CONTROL diariamente</p> <p>¡AMARILLO ES PRECAUCIÓN! Agregue la medicina de RESCATE</p> <p>¡ROJO ES EMERGENCIA! ¡Consiga ayuda de un médico <i>ahora!</i></p>
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) <input type="checkbox"/> Intermitente o Persistente: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave Control de Asma <input type="checkbox"/> Bien controlada <input type="checkbox"/> Necesita mejor control	Agentes provocadores de asma identificados (Cosas que empeoran su asma): <input type="checkbox"/> Resfriados <input type="checkbox"/> Humo (tabaco, incienso) <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Olores fuertes <input type="checkbox"/> Moho/Humedad <input type="checkbox"/> Plagas (roedores, cucarachas) <input type="checkbox"/> Estrés/emociones <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Temporada: otoño, invierno, primavera, verano <input type="checkbox"/> 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: a _____ (Más del 80% del mejor propio) Mejor flujo máximo propio: _____			
<input type="checkbox"/> No se requieren medicinas de control. Siempre enjuague la boca después de usar su medicamento. <input type="checkbox"/> Inhalado corticosteroides o inhalado corticosteroides/long acting β_2 -agonist con el espaciador _____ inhalacion(es) con el IDM _____ veces al día <input type="checkbox"/> Inhalado corticosteroides _____ tratamientos por nebulizador _____ veces al día <input type="checkbox"/> Cromoglicato antiasmático _____, tome _____ vía oral una vez al día a la hora de dormir Para el asma cuando haga ejercicio, AGREGUE: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/>			
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: a _____ (50%-80% del mejor propio)			
<input type="checkbox"/> Fast acting inhaled β_2 -agonist _____ inhalaciones con el IDM cada _____ horas cuando lo necesite con el espaciador <input type="checkbox"/> Fast acting inhaled β_2 -agonist _____ tratamiento(s) por nebulizador cada _____ horas cuando lo necesite <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Fast acting inhaled β_2 -agonist _____ inhalaciones con el IDM cada 15 minutos , para TRES tratamientos con el espaciador <input type="checkbox"/> Fast acting inhaled β_2 -agonist _____ tratamiento por nebulizador cada 15 minutos , para TRES tratamientos Llame a su médico mientras le administra los tratamientos. <input type="checkbox"/> Otro _____ ¡SI NO PUEDE COMUNICARSE CON SU MÉDICO: Llame al 911 para una ambulancia o vaya directamente a la sala de emergencias!			
OBIGATORIO Firma del profesional de salud: Fecha: _____		AUTORIZACIÓN PARA LA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA Y ORDEN DEL PROFESIONAL DE SALUD PARA NIÑOS/JOVENES: Posibles efectos secundarios de las medicinas de rescate (ej., albuterol) incluyen taquicardia, temblores, y nerviosidad iniciales del profesional de salud: Este estudiante es capaz y aprobado de auto-administrarse el(los) medicamento(s) mencionados arriba. Este estudiante no está aprobado de automedicarse. Como la PERSONA RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> Por la presente autorizo a un empleado de la escuela (si hay uno disponible) entrenado para administrar el medicamento al estudiante. <input type="checkbox"/> Por la presente autorizo que el estudiante tenga y se auto-administre el medicamento. <input type="checkbox"/> Por la presente reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley de DC 17-107 excepto por actos criminales, malicia intencional, negligencia grave, o mala conducta premeditada.	
OBIGATORIO Firma de la persona responsable: Fecha: _____		Haga cita de seguimiento con su médico primario en 1 semana o en: _____ Teléfono: _____	

¡Escribe sus propias metas!
