

**EMERGENCY CONTACTS /  
NUMÉROS DE CONTACTS EN CAS D'URGENCE**

IN CASE OF AN EMERGENCY CALL **9-1-1** FIRST  
OR YOUR LOCAL EMERGENCY NUMBER

EN CAS D'URGENCE, COMPOSEZ D'ABORD LE **9-1-1**  
OU VOTRE NUMÉRO D'URGENCE LOCAL

**PRIMARY CONTACT / CONTACT PRINCIPAL**

NAME / NOM \_\_\_\_\_

HOME # / No À DOMICILE \_\_\_\_\_

WORK # / No AU TRAVAIL \_\_\_\_\_

CELL # / No DE CELLULAIRE \_\_\_\_\_

**SECONDARY CONTACT / CONTACT SECONDAIRE**

NAME / NOM \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP / LIEN DE PARENTÉ \_\_\_\_\_

HOME # / No À DOMICILE \_\_\_\_\_

WORK # / No AU TRAVAIL \_\_\_\_\_

CELL # / No DE CELLULAIRE \_\_\_\_\_

DOCTOR'S NAME /  
NOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ OFFICE # /  
No AU BUREAU \_\_\_\_\_

KNOWN TRIGGERS /  
DECLENCHEURS CONNUS \_\_\_\_\_

KNOWN ALLERGIES /  
ALLERGIES CONNUES \_\_\_\_\_

OTHER MEDICAL CONDITIONS /  
AUTRES ÉTATS PATHOLOGIQUES \_\_\_\_\_

REMEMBER TO UPDATE SHOULD ANY OF THIS INFORMATION CHANGE  
You may want to secure a recent photo of your child to an unused panel of this card.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE LES MISES À JOUR QUI S'IMPOSENT SI JAMAIS CES  
RENSEIGNEMENTS DEVAIENT CHANGER Vous pouvez fixer une photo récente de  
votre enfant sur un des côtés non utilisés de la présente carte.

**GREEN**

My asthma is well controlled

PEAK FLOW  
81-100%

- Breathing is normal
- Sleep through the nights
- Can do all usual activities
- No coughing, wheezing or tightness in the chest

**Regular Treatment Program**

- Quick relief medicine \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ puffs  
15 minutes before exercise using **AeroChamber®**  
Brand Valved Holding Chamber (VHC).
- Inhaled Steroid \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ puffs using  
**AeroChamber®** Brand VHC OR as a dry powder:  
\_\_\_\_\_ times a day.
- Other: \_\_\_\_\_

Asthma treatment guidelines recommend  
the use of a **Peak Flow Meter** to detect  
changes in lung function, even before  
you have any symptoms.



101625-001 Rev B. © Registered trade-marks of Trudell Medical International. Copyright © Trudell  
Medical International 2009. All rights reserved.

**YELLOW**

My asthma is getting worse

PEAK FLOW  
50-80%

- Shortness of breath during the day or night
- Coughing, wheezing or tightness in the chest
- Coughing at night more than 1 night per week
- Can do some but not all usual physical activities
- Using quick relief medicine more than 3 times  
per week
- First signs of a cold or flu

- Quick relief medicine \_\_\_\_\_
- Keep following regular treatment plan.
- Add: \_\_\_\_\_

**If you are back in the green zone within one hour**

Doctor's instructions: \_\_\_\_\_

**If you are NOT back in the green zone within one hour.**

Doctor's instructions: \_\_\_\_\_

**If you are in the yellow zone, you should contact  
your Healthcare Provider.**

**RED**

**DANGER!**

PEAK FLOW  
< 50%

- Shortness of breath **at rest**
- Medication does not help within 10 minutes
- Difficulty walking or talking
- Sucking in of the skin at the front of the neck
- Lips and/or fingernails turn blue
- **IF YOU ARE IN ANY DOUBT . . .**

**CALL AN AMBULANCE OR SEEK  
IMMEDIATE MEDICAL ATTENTION!**

**Take \_\_\_ puffs of quick relief medicine every \_\_\_ minutes  
while travelling to the hospital or waiting for help.**

Try and remain calm. It is important that you not wait  
to find medical attention, especially if experiencing  
shortness of breath at rest, difficulty speaking or  
difficulty taking medication.

**LISTEN... to what I am saying  
– I have had attacks before.**

**LOOSEN... any tight or restrictive clothing.**

**DO NOT... hug me or lay me down  
as this will restrict my breathing.**

**DO NOT... leave me unattended.**

## VERT

Mon asthme est bien contrôlé

DÉBIT  
MAXIMUM  
81 – 100%

- Ma respiration est normale
- Je ne m'éveille pas la nuit
- Je peux exécuter toutes mes activités habituelles
- Aucune toux ou respiration sifflante ni serrement de poitrine

### Programme de traitement régulier

- Médicament de soulagement rapide \_\_\_\_\_ :  
\_\_\_\_\_ inhalations 15 minutes avant de faire de  
l'exercice avec la chambre de retenue valvée  
(CRV) de marque **AeroChamber<sup>MD</sup>**.
- Stéroïde inhalé \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
inhalations avec la CRV de marque  
**AeroChamber<sup>MD</sup>** OU sous forme de poudre  
sèche : \_\_\_\_\_ fois par jour.
- Autre : \_\_\_\_\_

Les directives de traitement de l'asthme recommandent un débitmètre de pointe pour détecter si la fonction des poumons a changé avant même que vous présentiez des symptômes quelconques.



## JAUNE

Mon asthme empire

DÉBIT  
MAXIMUM  
50 – 80%

- Je m'essouffle le jour ou la nuit
- Toux, respiration sifflante ou serrement de poitrine
- Je tousse la nuit plus d'une fois par semaine
- Je peux exécuter certaines de mes activités physiques habituelles, mais pas toutes
- J'utilise le médicament de soulagement rapide plus de 3 fois par semaine
- Signes précoces de rhume ou de grippe

- Médicament de soulagement rapide \_\_\_\_\_
- Continuez d'exécuter le plan de traitement régulier.
- Ajoutez : \_\_\_\_\_

Si dans l'heure qui suit vous êtes de nouveau dans la zone verte

Instructions du médecin : \_\_\_\_\_

Si dans l'heure qui suit vous N'êtes PAS de nouveau dans la zone verte. Instructions du médecin : \_\_\_\_\_

Si vous êtes dans la zone jaune, vous devez communiquer avec votre fournisseur de soins de santé.

## ROUGE

### DANGER!

DÉBIT  
MAXIMUM  
< 50%

- Essoufflement **au repos**
- Le médicament n'offre aucun soulagement en 10 minutes
- Marcher ou parler s'avère difficile
- La peau à l'avant du cou est contractée
- Les lèvres et/ou les ongles bleuissent
- **SI VOUS AVEZ DES DOUTES . . .**

**FAITES VENIR UNE AMBULANCE OU PRÉSENTEZ-VOUS CHEZ UN MÉDECIN IMMÉDIATEMENT**

Prenez \_\_\_ inhalations du médicament de soulagement rapide toutes les \_\_\_ minutes sur le trajet vers l'hôpital ou pendant que vous attendez qu'on vous aide.

Restez calme. Il est important d'obtenir rapidement de l'aide médicale, surtout si vous êtes essoufflé sans raison, si vous avez de la difficulté à parler ou si vous avez de la difficulté à prendre vos médicaments.

**ÉCOUTEZ... ce que je dis – J'ai déjà eu des attaques.**  
**DESSERREZ... tout vêtement serré ou contraignant.**  
**NE PAS... m'embrasser ou m'étendre car cela nuirait à ma respiration.**  
**NE PAS... me laisser seul.**

read me  
first

Asthma Action Plan

à lire  
d'abord

Plan d'action contre  
l'asthme

Name / Nom

Date of Birth / Date de naissance

Health Card Number / Numéro d'assurance maladie