



## Plan d'action pour l'asthme

Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill

Quiz\*

**AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai  
toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer...**

- 1) pendant la journée, **4 jours ou plus?** OUI NON
- 2) assez pour me réveiller la nuit, **1 fois ou plus?** OUI NON
- 3) assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)  
**4 fois ou plus, incluant 1 fois par jour avant l'exercice?** OUI NON
- 4) assez pour me limiter dans mes **activités physiques?** OUI NON
- 5) assez pour m'**absenter** de mes activités habituelles,  
de l'école ou du travail? OUI NON

Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI ? \_\_\_\_\_

Si aucune (0) : asthme contrôlé Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé

Dossier \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

ORDONNANCE DATE \_\_\_\_\_

### Asthme contrôlé



### Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

Au *Quiz*, j'ai répondu OUI  
à aucune (0) des questions ET

Je me sens bien ET

Si je mesure mes débits de pointe,  
ils sont normaux ( \_\_\_\_\_ ou plus)

**5 conseils pour rester en  
contrôle : voir au verso**

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour chaque jour R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R \_\_\_\_\_

Chambre d'espacement \_\_\_\_\_

### Asthme mal contrôlé



### Quoi faire?

Ajuster mon traitement :  
(et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à  
1 question ou plus OU

Je tousse, j'ai une respiration sifflante  
ou de la difficulté à respirer OU

Je commence un rhume OU

Mes débits de pointe ont diminué  
(entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_)

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour \_\_\_\_\_ (durée du traitement) R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant \_\_\_\_\_ heures)

Si : \_\_\_\_\_, je dois :  
(critère de réponse inadéquate)

(ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin \_\_\_\_\_ En lettres moulées

Dr \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ N° permis \_\_\_\_\_

\* Quiz adapté avec la permission des auteurs et de l'éditeur : Ducharme FM, Davis GM, Noya F, et al. *The Asthma Quiz for kids: A validated tool to appreciate the level of asthma control in children.* *Can Respir J* 2004; 11 (8): 541-6.

### Asthme hors de contrôle



### Quoi faire? C'est URGENT :

**Je dois appeler ou voir  
un médecin tout de suite.**

Ma toux, mes sifflements ou  
mes problèmes de respiration **empirent** OU

Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)  
**ne me soulage pas pendant au moins 4 heures** OU

Mes débits de pointe ont diminué (moins de \_\_\_\_\_)



## Plan d'action pour l'asthme

Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill

Quiz\*

**AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai  
toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer...**

- 1) pendant la journée, **4 jours ou plus?** OUI NON
- 2) assez pour me réveiller la nuit, **1 fois ou plus?** OUI NON
- 3) assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)  
**4 fois ou plus, incluant 1 fois par jour avant l'exercice?** OUI NON
- 4) assez pour me limiter dans mes **activités physiques?** OUI NON
- 5) assez pour m'**absenter** de mes activités habituelles,  
de l'école ou du travail? OUI NON

Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI ? \_\_\_\_\_

Si aucune (0) : asthme contrôlé Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé

Dossier \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

ORDONNANCE DATE \_\_\_\_\_

### Asthme contrôlé



Au *Quiz*, j'ai répondu OUI  
à aucune (0) des questions ET

Je me sens bien ET

Si je mesure mes débits de pointe,  
ils sont normaux ( \_\_\_\_\_ ou plus)

**5 conseils pour rester en  
contrôle : voir au verso**

### Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour chaque jour R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R \_\_\_\_\_

Chambre d'espacement \_\_\_\_\_

### Asthme mal contrôlé



Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à  
1 question ou plus OU

Je tousse, j'ai une respiration sifflante  
ou de la difficulté à respirer OU

Je commence un rhume OU

Mes débits de pointe ont diminué  
(entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_)

### Quoi faire?

Ajuster mon traitement :  
(et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour \_\_\_\_\_ (durée du traitement) R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant \_\_\_\_\_ heures)

Si : \_\_\_\_\_, je dois :  
(critère de réponse inadéquate)

(ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin \_\_\_\_\_ En lettres moulées

Dr \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ N° permis \_\_\_\_\_

\* Quiz adapté avec la permission des auteurs et de l'éditeur : Ducharme FM, Davis GM, Noya F, et al. *The Asthma Quiz for kids: A validated tool to appreciate the level of asthma control in children.* *Can Respir J* 2004; 11 (8): 541-6.

### Asthme hors de contrôle



### Quoi faire? C'est URGENT :

**Je dois appeler ou voir  
un médecin tout de suite.**

Ma toux, mes sifflements ou  
mes problèmes de respiration **empirent** OU

Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)  
**ne me soulage pas pendant au moins 4 heures** OU

Mes débits de pointe ont diminué (moins de \_\_\_\_\_)



## Plan d'action pour l'asthme

Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill

Quiz\*

**AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai  
toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer...**

- 1) pendant la journée, **4 jours ou plus?** OUI NON
- 2) assez pour me réveiller la nuit, **1 fois ou plus?** OUI NON
- 3) assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)  
**4 fois ou plus, incluant 1 fois par jour avant l'exercice?** OUI NON
- 4) assez pour me limiter dans mes **activités physiques?** OUI NON
- 5) assez pour m'**absenter** de mes activités habituelles,  
de l'école ou du travail? OUI NON

Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI ? \_\_\_\_\_

Si aucune (0) : asthme contrôlé Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé

Dossier \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

ORDONNANCE DATE \_\_\_\_\_

### Asthme contrôlé



### Quoi faire?

Prendre mes médicaments d'entretien :

Au *Quiz*, j'ai répondu OUI  
à aucune (0) des questions ET

Je me sens bien ET

Si je mesure mes débits de pointe,  
ils sont normaux ( \_\_\_\_\_ ou plus)

**5 conseils pour rester en  
contrôle : voir au verso**

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour chaque jour R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R \_\_\_\_\_

Chambre d'espacement \_\_\_\_\_

### Asthme mal contrôlé



### Quoi faire?

Ajuster mon traitement :  
(et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

Au *Quiz*, j'ai répondu OUI à  
1 question ou plus OU

Je tousse, j'ai une respiration sifflante  
ou de la difficulté à respirer OU

Je commence un rhume OU

Mes débits de pointe ont diminué  
(entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_)

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour \_\_\_\_\_ (durée du traitement) R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant \_\_\_\_\_ heures)

Si : \_\_\_\_\_, je dois :  
(critère de réponse inadéquate)

\_\_\_\_\_ (ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin \_\_\_\_\_ En lettres moulées

Dr \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ N° permis \_\_\_\_\_

\* Quiz adapté avec la permission des auteurs et de l'éditeur : Ducharme FM, Davis GM, Noya F, et al. *The Asthma Quiz for kids: A validated tool to appreciate the level of asthma control in children.* *Can Respir J* 2004; 11 (8): 541-6.

### Asthme hors de contrôle



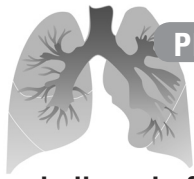
### Quoi faire? C'est URGENT :

**Je dois appeler ou voir  
un médecin tout de suite.**

Ma toux, mes sifflements ou  
mes problèmes de respiration **empirent** OU

Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS)  
**ne me soulage pas pendant au moins 4 heures** OU

Mes débits de pointe ont diminué (moins de \_\_\_\_\_)



# TOUTES LES PERSONNES ASTHMATIQUES

PEUVENT AVOIR UNE VIE ACTIVE !

L'asthme est une maladie qui affecte mes poumons (bronches) CHAQUE JOUR, même entre les crises. Je peux contrôler mon asthme si je m'en occupe TOUS LES JOURS, même si je me sens bien.

Mon Plan d'action va m'aider à : 

- contrôler mon asthme tous les jours;
- prévenir les crises.

## 5 CONSEILS POUR RESTER EN CONTRÔLE

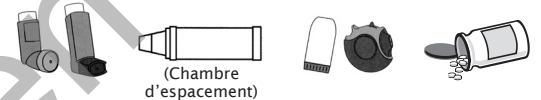
### 1 Éviter ce qui empire mon asthme.



☎ 1 866 J'arrête  
☎ 1 866 527-7383  
www.jarrete.qc.ca

- Je dois éviter de fumer ou d'être dans une maison ou une voiture lorsque quelqu'un y fume.
- J'accepte de : \_\_\_\_\_  
(éviter... me séparer de... me procurer...)
- Lorsque je suis exposé à \_\_\_\_\_, je dois prendre \_\_\_\_\_
- Si j'ai un rhume, je vais utiliser mon Plan d'action, me moucher et, si nécessaire, me nettoyer le nez avec de l'eau salée \_\_\_\_\_ fois par jour.

### 2 Prendre mes médicaments d'entretien (section verte).



- Je revois la technique pour utiliser mes pompes (inhalateurs) avec mon **pharmacien** ou mon **éducateur en asthme**.
- Voici mes trucs pour me souvenir de prendre mes médicaments : \_\_\_\_\_

### 3 Refaire mon Quiz sur l'asthme régulièrement.

### 4 Revoir mon médecin régulièrement.



- Mon **médecin** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_  
passera en revue avec moi mon Plan d'action : \_\_\_\_\_  
(quand)

### 5 Recevoir de l'aide.



- Des professionnels de la santé sont là pour m'aider à utiliser mon Plan d'action :
    - Mon **pharmacien** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_
    - Mon **éducateur en asthme\*** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_
- \*Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM). [www.rqam.ca](http://www.rqam.ca) ☎ 1 877 441-5072

## MES OBJECTIFS PERSONNELS

Mon Plan d'action va m'aider à :  
J'écris ou je dessine mon but (*facultatif*)

Cet outil a reçu l'appui des ordres professionnels (CMQ, OPQ), des fédérations médicales (FMOQ, FMSQ), des associations québécoises de pharmaciens, de médecins spécialistes en pneumologie et en pédiatrie, de même que du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC.

Veuillez noter que cet outil a été réalisé par le Conseil du médicament, qui est devenu l'INESSS. Les renseignements qu'il contient étant toujours d'actualité, l'INESSS a procédé à sa réimpression.

Édition : Conseil du médicament (CM) [www.cdm.gouv.qc.ca](http://www.cdm.gouv.qc.ca) (418) 644-8103

Coordination : Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal

Rédaction : Dr<sup>e</sup> Francine M. Ducharme et son équipe de recherche, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

Révision scientifique externe : Groupe d'experts sur l'asthme, professionnels de la santé (médecins, infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens) du comité consultatif de l'équipe de recherche et des groupes de référence pédiatrique et adulte du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM), membres du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal.

Collaboration : Enfants et parents atteints d'asthme

Conception graphique et édition électronique : Graphidée

Afin de faciliter la lecture du texte, le masculin est utilisé pour désigner à la fois les femmes et les hommes.

Réimprimé en septembre 2011

© Gouvernement du Québec

Financé par le Fonds sur l'utilisation optimale des médicaments.

La reproduction intégrale de ce document à des fins non commerciales est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

Cet outil est présenté à titre indicatif seulement et ne remplace pas l'avis éclairé du médecin ni la relation du patient avec un professionnel de la santé.

English version available on request.