



Asthma – Aktionsplan

Name: _____

Arzt: _____

Tel. Arzt: _____

Notfall: 144

Datum:

Meine Basistherapie (grüner Bereich)

Medikament:

Dosis:

Im Notfall: _____

Wenn keine Besserung eintritt, kontaktieren Sie Ihren Arzt

Asthma – Aktionsplan

Peak-Flow/FEV1: (bester Wert): _____

Symptome

Was tun?

(Bezug auf die schlechtere Situation)

> 80% _____

Keine Symptome

Fahren Sie weiter mit der Behandlung,
grüner Bereich (siehe Rückseite)

60–80% ____ – ____

Leichter Husten,
leichte Atemnot,
nächtliches
Erwachen

Therapie anpassen: _____

40–60% ____ – ____

Husten, Atemnot,
Engegefühl,
schlechte Nächte

Zusätzlich Medikamente: _____

Arzt konsultieren, Tel: _____

< 40% _____

grosse Atemnot trotz
Medikamente, Atemnot
beim Sprechen, zu-
nehmendes Engegefühl

Notfall!

Dringend Arzt anrufen:

_____ oder Tel. **144**

Zusätzliche Medikamente: _____



Asma – Piano d'azione

Nome: _____

Medico: _____

Tel. del medico: _____

Emergenza: 144

Data:

La mia terapia di base (ambito verde)

Medicamento:

Dose:

In caso di emergenza: _____

In mancanza di miglioramento, contatti il suo medico

Asma – Piano d'azione

Peak-Flow/FEV1: (valore migliore): _____

Sintomi

Cosa fare?

(con riferimento alla situazione peggiore)

> 80% _____

Nessun sintomo

Continui il trattamento, ambito verde
(v. retro)

60–80% ____ – ____

tosse lieve,
lieve dispnea,
risvegli notturni

Aggiustare la terapia: _____

40–60% ____ – ____

Tosse, dispnea,
senso di oppres-
sione, risvegli
notturni frequenti

Medicamenti aggiuntivi: _____

Consultare il medico, tel: _____

< 40% _____

forte dispnea nonostante
i farmaci, dispnea quando
si parla, senso di
oppressione in aumento

Emergenza! Chiamare subito il medico:

_____ oppure tel. al **144**

Medicamenti aggiuntivi: _____



Asthme – Plan d'action

Nom: _____

Médecin: _____

Tél. du médecin: _____

URGENCES 144

Date:

Mon traitement de base (zone verte)

Médicament:

Dose:

En cas d'urgence: _____

En l'absence d'amélioration, contactez de suite votre médecin

Asthme – Plan d'action

Peak-Flow/FEV1: (meilleure valeur): _____

Symptômes

Que faire ?

(en fonction de la situation la plus mauvaise)

> 80% _____

Aucune gêne

Continuez le traitement de la zone verte
(voir au verso)

60–80% ____ – ____

Légère toux, souffle un peu court, réveils nocturnes occasionnels

Adaptez le traitement: _____

40–60% ____ – ____

Toux, souffle court, oppression, nuits perturbées

Ajouter: _____

Appeler: _____

< 40% _____

Souffle très court malgré les médicaments, peine à parler, étouffement

URGENCE! Appeler de suite:

_____ ou le **144**

Prenez: _____
