

# Asthma Action Plan

Name: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 Grade: \_\_\_\_\_  
 School Year: \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Number: \_\_\_\_\_  
 Physician Name: \_\_\_\_\_  
 Physician Number: \_\_\_\_\_

My Child's Triggers

- Exercise
- Mold/Dust/Pollen
- Animals: \_\_\_\_\_
- Tobacco Smoke
- Food: \_\_\_\_\_
- Smoke/Strong odors or Sprays
- Colds/Respiratory infections
- Change in temperature
- Dust mites
- Cockroaches
- Other: \_\_\_\_\_



Symptoms

- Breathing is easy
- No coughing
- No wheezing
- No Shortness of Breath
- Can work, play, and sleep easily
- Using quick-relief medication less than once a week
- Peak flow (80-100% of personal best)  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Symptoms

- Using quick-relief medication more than twice a week
- Coughing
- Wheezing
- Shortness of Breath
- Difficulty with physical activity
- Waking at night
- Tightness in Chest
- Peak Flow (50-80% of personal best)  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Symptoms

- Medication is not helping
- Breathing is very difficult
- Cannot walk or play
- Cannot talk easily
- Peak flow (less than 50% of personal best)  
\_\_\_\_\_

- Avoid Asthma Triggers
- Take Contoller Medication  
\_\_\_\_\_
- Take Quick-Relief Medication  
\_\_\_\_\_
  - Before exercise
  - Before exposure to trigger

- Take Quick Relief Medication  
\_\_\_\_\_
  - 2 puffs
  - 4 puffs
  - With spacer
  - By nebulizer

**May Repeat every \_\_\_\_\_ minutes, up to \_\_\_\_\_ doses in first hour, if needed**
- Monitor your Symptoms
  - If symptoms go away quickly, return to the green zone.

- Take Quick Relief Medication  
\_\_\_\_\_
  - 2 puffs
  - 4 puffs
  - With spacer
  - By nebulizer

**May Repeat every \_\_\_\_\_ minutes, up to \_\_\_\_\_ doses in first hour, if needed**

**Call 911 for severe Symptoms, if symptoms don't improve, or you can't reach the parent/guardian.**

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 School Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Plan de Acción contra el Asma

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia:  
\_\_\_\_\_

Número de Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Número del Doctor: \_\_\_\_\_

## Desencadenantes del asma para mi niño

- Ejercicio
- Moho/Polvo/Polen
- Animales: \_\_\_\_\_
- Humo de cigarillo
- Comida: \_\_\_\_\_
- Humo/olor fuerte o aerosoles
- Resfriados/Infecciones respiratorias
- Cambios de clima
- Ácaros de polvo
- Cucarachas
- Otro: \_\_\_\_\_



### Síntomas

- Respirar es fácil.
- Ningún tos
- Ningún resuello
- Ninguna falta de aire
- Se puede trabajar, jugar, y dormir sin problema
- Uso del medicamento de alivio rápido menos que una vez a la semana
- Flujómetro (80-100% de la mejor marca personal)

### Síntomas

- Uso del medicamento de alivio rápido más que dos veces a la semana
- Toser
- Resollar
- Falta de aire
- Problemas con actividad física
- Despertarse durante la noche
- Opresión en el pecho
- Flujómetro (50-80% de la mejor marca personal)

### Síntomas

- El medicamento no ayuda
- Mucha dificultad de respirar
- No poder ni caminar ni jugar
- No poder hablar facilmente
- Flujómetro (menos 50% de la mejor marca personal)  
\_\_\_\_\_

- Evite los desencadenantes del asma
- Tómese el medicamento de "control"  
\_\_\_\_\_
- Tómese el medicamento de alivio rápido  
\_\_\_\_\_
- Antes de ejercicio
- Antes de ser expuesto a sus desencadenantes

- Tómese el medicamento de alivio rápido  
\_\_\_\_\_

- 2 inhalaciones
- 4 inhalaciones
- Con dispositivo portátil
- Por nebulizador

**Se puede repetir cada \_\_\_\_\_ minutos, hasta \_\_\_\_\_ dosis en la primera hora, según sea necesario**

- Siga observando sus síntomas
  - Si los síntomas desaparecen pronto, vuelve a la "zona verde."

- Tómese el medicamento de alivio rápido  
\_\_\_\_\_

- 2 inhalaciones
- 4 inhalaciones
- Con dispositivo portátil
- Por nebulizador

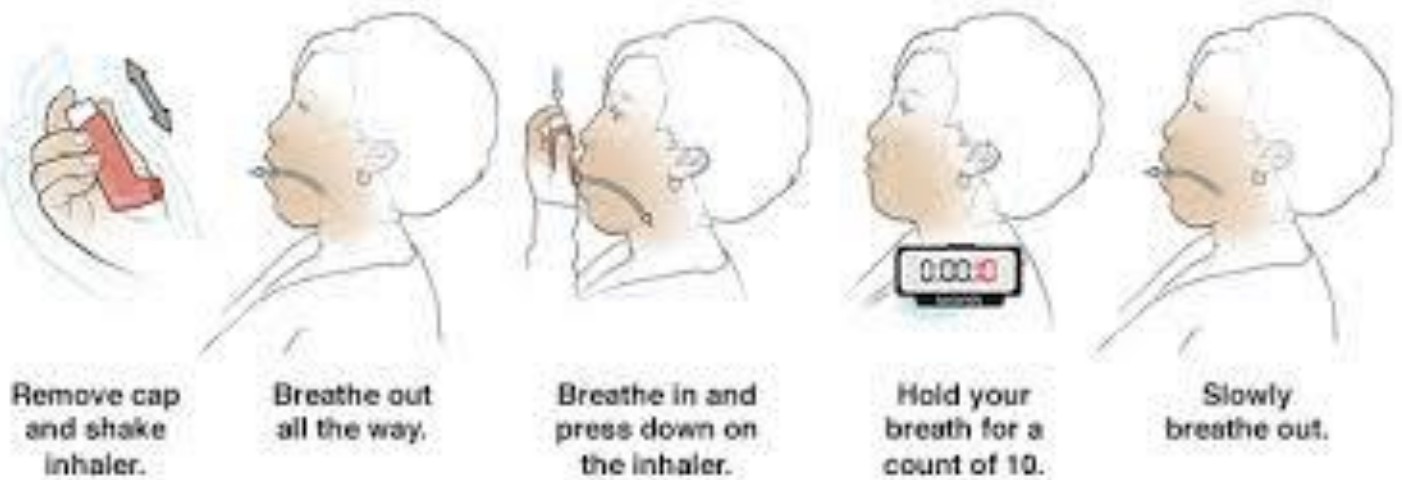
**Se puede repetir cada \_\_\_\_\_ minutos, hasta \_\_\_\_\_ dosis en la primera hora, según sea necesario**

**En caso de síntomas graves, si los síntomas no se mejoran o si no logra en contactar a los padres/tutores, llame al 911**

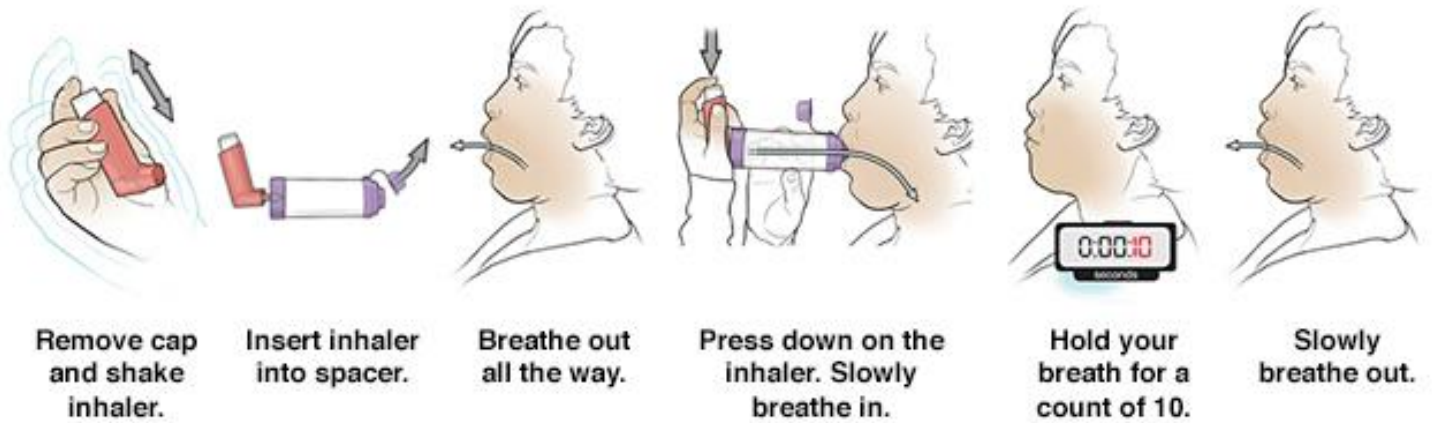
Firma del

padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## WITHOUT A SPACER



## WITH A SPACER



## RESOURCES

The American Lung Association  
Alamance County- Child Asthma Coalition  
CDC Asthma Action Plans