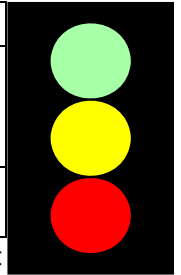


Asthma Action Plan 12 Years & Older

Name:	Birth Date:	Date:
Parent/Guardian Phone #s:	Provider Phone #: Fax #: (or stamp)	
Important! Things that make your asthma worse (Triggers): <input checked="" type="checkbox"/> smoke <input type="checkbox"/> pets <input type="checkbox"/> mold <input type="checkbox"/> dust <input type="checkbox"/> tree/grass/weed pollen <input type="checkbox"/> colds/viruses <input type="checkbox"/> exercise <input type="checkbox"/> seasons: <input type="checkbox"/> other:		
Severity Classification: <input type="checkbox"/> Severe Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Intermittent		



GO – You're Doing Well! USE THESE MEDICINES EVERY DAY TO PREVENT SYMPTOMS

You have **all** of these:

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through the night
- Can work and play



CONTROLLER MEDICINE	DIRECTIONS
_____	1 tablet 1 x daily <input type="checkbox"/>
_____	1 tablet 1 x daily <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> If you usually have symptoms with exercise then take:	
Xopenex 45 mcg <input type="checkbox"/>	2 puffs w/spacer - 20 mins before exercise <input type="checkbox"/>

Peak Flow may be useful for some kids.

 Inhalers work better with spacers. Always use with a mask when prescribed.

CAUTION – Slow Down! Continue with Green Zone Medicine and Add:

You have **any** of these:

- First signs of a cold
- Exposure to known trigger
- Cough
- Wheeze
- Tight chest
- Coughing at night

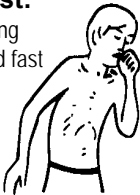


RESCUE MEDICINE	DIRECTIONS
Xopenex 45 mcg <input type="checkbox"/>	2-4 puffs w/spacer; repeat in 20 mins if needed <input type="checkbox"/>
Then: Wait 20 minutes and see if the treatment(s) helped ➤ If you are GETTING WORSE or are NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the Red Zone ➤ If you are BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours Then: If you still have symptoms after 24 hours, CALL YOUR DOCTOR and if he/she agrees: ➤ Start : Prednisone 60 mg 1 x daily for 5 days <input type="checkbox"/>	
If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your doctor at: _____	

DANGER – Get Help! TAKE THESE MEDICINES AND CALL YOUR PROVIDER NOW

Your asthma is **getting worse fast:**

- Medicine is not helping
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Can't talk well
- Getting nervous



RESCUE MEDICINE	DIRECTIONS
Xopenex 45 mcg <input type="checkbox"/>	4-8 puffs w/spacer <input type="checkbox"/>
Then: Wait 15 minutes and see if the treatment(s) helped ➤ If you are GETTING WORSE or are NOT IMPROVING, go to the hospital or call 9-1-1 ➤ If you are BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours and call your doctor – say you are having an asthma attack and need to be seen TODAY Then: If your doctor agrees, start: Prednisone 60 mg 1 x daily for 5 days <input type="checkbox"/>	

- ✓ Make an appointment with your primary care provider within two days of an emergency visit, hospitalization, or anytime for **ANY** problem or question with asthma
- School Nurse: Call provider for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms**
- Parents: Call your doctor for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms**

HEALTHCARE PROVIDER SCHOOL MEDICATION AUTHORIZATION **REQUIRED** FOR Xopenex 45 mcg as stated in accordance with CT State Law and Regulations 10-212a

Self-Administration: This student is capable to safely and properly self-administer this medication OR This student is not approved to self-administer this medication

Signature: _____ Provider Printed Name: _____ Date: _____ For use from _____ to _____

Parent/Guardian Consent: **REQUIRED**

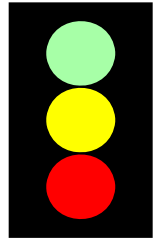
I authorize this medication to be administered by school personnel OR I authorize the student to possess and self-administer medication.

I also authorize communication between the prescribing health care provider, the school nurse, the school medical advisor and school-based clinic providers necessary for asthma management and administration of this medication.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ *** Bring asthma meds and spacer to all visits**

Plan de Acción Contra el Asma

Edad 12 años y más



Nombre de paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha:
# teléfono del Padre/Guardián:	# teléfono del Médico:	# fax:
¡Importante! Cosas que hace peor el asma: <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> mascotas <input type="checkbox"/> moho <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> polen de árbol/hierba <input type="checkbox"/> resfriado/virus <input type="checkbox"/> ejercicio <input type="checkbox"/> cambio de clima: <input type="checkbox"/> otras cosas:		

Clasificación de gravedad: Grave persistente Moderado persistente Leve persistente Leve Intermitente

Proceda – ¡Está haciendo bien! USE ESTAS MEDICINAS CADA DÍA PARA PREVENIR SÍNTOMAS

Usted tiene **todos** estos síntomas:

- Respira bien
- No hay tos o sibilancias
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar y jugar



MEDICINA DE CONTROL

COMO DEBERÍA TOMARLA

_____	1 tablet 1 x daily	<input type="checkbox"/>
_____	1 tablet 1 x daily	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si por lo general su niño tiene síntomas de asma durante el ejercicio, déle:		
Xopenex 45 mcg	_____	2 puffs w/spacer - 20 mins before exercise

 **Inhaladores funciona mejor con un espaciador.**
Siempre use el espaciador con una mascarilla.

Información sobre flujo máximo podría ser útil para ellos que no perciben bien sus síntomas.

PRECAUCIÓN – ¡Detengase! Continúe con medicina de la Zona Verde y Añade:

Si tiene estos síntomas:

- Síntomas iniciales del resfriado
- Contacto con alguna cosa que provoca asma
- Tos
- Sibilancia
- Pecho apretado
- Tos por la noche



MEDICINA DE RESCATE

COMO DEBERÍA TOMARLA

Xopenex 45 mcg	<input type="checkbox"/>	2-4 puffs w/spacer; repeat in 20 mins if needed	<input type="checkbox"/>
Entonces: Espere 20 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si ESTÁ EMPEORANDO o NO HAY MEJORÍA después del tratamiento, PROCEDA A LA ZONA ROJA ➢ Si HAY MEJORÍA, continúe con la medicina en dosis indicada cada 4 a 6 horas como necesario durante 24 a 48 horas 			
Entonces: Si todavía tiene síntomas después de 24 horas, LLAME A SU MÉDICO . Si él/ella está de acuerdo:			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Empiece: <u>Prednisone 60 mg 1 x daily for 5 days</u>			
Si necesita medicina de rescate más que dos veces en una semana, llame a su médico: _____			

PELIGRO – ¡Obtenga ayuda! TOME ÉSTAS MEDICINAS Y LLAME AYUDA MEDICA AHORA MISMO!

Rápidamente, su asma está empeorando:

- La medicina no le ayuda
- Respiración es difícil y rápido
- Las fosas nasales se abren ancha
- No puede hablar bien
- Se pone nervioso



MEDICINA DE RESCATE

COMO DEBERÍA TOMARLA

Xopenex 45 mcg	<input type="checkbox"/>	4-8 puffs w/spacer	<input type="checkbox"/>
Entonces: Espere 15 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si ESTÁ EMPEORANDO o NO HAY MEJORÍA, vaya al hospital o llame 911 ➢ Si HAY MEJORÍA, continúe con la medicina en dosis indicada cada 4 a 6 horas y llame a su médico – Dígale que está teniendo un ataque de asma y necesita una cita HOY! 			
Entonces: Si él/ella está de acuerdo, empiece: <u>Prednisone 60 mg 1 x daily for 5 days</u>			

✓ Haga una cita con su proveedor de cuidado primario dentro de dos días a partir de una visita al ED o una hospitalización, o en cualquier momento para cualquier problema o pregunta sobre asma.

School Nurse: Call provider for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms

Padre/Guardián: Llame al médico para discutir preguntas sobre control del asma o si uso de medicina de rescate es más que 2 veces/semana

HEALTHCARE PROVIDER SCHOOL MEDICATION AUTHORIZATION **REQUIRED** FOR Xopenex 45 mcg as stated in accordance with CT State Law and Regulations 10-212a

Self-Administration: This student is capable to safely and properly self-administer this medication OR This student is not approved to self-administer this medication

Signature: _____ Provider Printed Name: _____ Date: _____ For use from _____ to _____

Padre/Guardián: **OBLIGATORIO**

Autorizo al empleados medicos de la escuela para dar estas medicinas a mi niño/a O Autorizo al estudiante para tener estas medicinas y tomárselas a si mismo

Autorizo también la comunicación, entre el médico que prescribe las medicinas, la enfermera escolar, el consejero médico escolar, y profesionales de clínica basados en la escuela que es necesario para el manejo de asma y administración de estas medicinas.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ **Traiga medicinas para asma y espaciador a todas citas.**