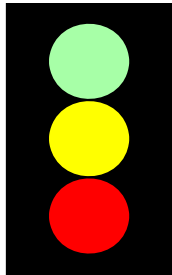




# Asthma Action Plan Ages 0 – 11 Years

STATE OF CONNECTICUT  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH  
[www.ct.gov/dph/asthma](http://www.ct.gov/dph/asthma)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Birth Date:                               | Date: |
| Parent/Guardian Phone #'s:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Provider Phone #:<br>Fax #:<br>(or stamp) |       |
| <b>Important! Things that make your asthma worse (Triggers):</b> <input checked="" type="checkbox"/> smoke <input type="checkbox"/> pets <input type="checkbox"/> mold <input type="checkbox"/> dust<br><input type="checkbox"/> tree/grass/weed pollen <input type="checkbox"/> colds/viruses <input type="checkbox"/> exercise <input type="checkbox"/> seasons: other: |                                           |       |



**Severity Classification:**  Severe Persistent  Moderate Persistent  Mild Persistent  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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If your child usually has symptoms with exercise then give:

\_\_\_\_\_

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

Peak Flow may be useful for some kids.

## 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

Then: Wait **20 minutes** and see if the treatment(s) helped

- If you are **GETTING WORSE** or **NOT IMPROVING** after the treatment(s) **GO TO 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:

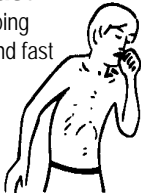
- Start: \_\_\_\_\_

If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your doctor at: \_\_\_\_\_

## DANGER – Get Help! TAKE THESE MEDICINES AND SEEK MEDICAL HELP 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

Then: Wait 15 minutes and see if treatment helped

- If **GETTING WORSE** or **NOT IMPROVING**, go to the hospital or **call 911**
- If you are getting **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: \_\_\_\_\_

✓ 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 \_\_\_\_\_ 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.

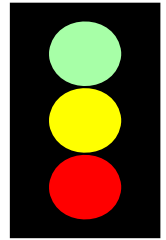
Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Bring asthma meds and spacer to all visits**

# Plan de Acción Contra el Asma

## Niños 0 – 11 años

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|
| Nombre de paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha de nacimiento:   | Fecha: |
| # teléfono del Padre/Guardián:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | # teléfono del Médico: | # fax: |
| <b>¡Importante! Cosas que hace peor el asma:</b> <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> mascotas <input type="checkbox"/> moho <input type="checkbox"/> polvo<br><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 Severidad:**  Severo 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si por lo general su niño tiene síntomas de asma durante el ejercicio, déle:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☺ Inhaladores funciona mejor con un espaciador.  
Siempre use con el espaciador con mascarilla o boquilla.

Información sobre flujo máximo podría ser útil para niños 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

Entonces: Espere 20 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó

- 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:

- Empiece: \_\_\_\_\_

Si necesita medicina de rescate más que dos veces en una semana, llame a su médico: \_\_\_\_\_

### PELIGRO – ¡Obtenga ayuda!

TOME ÉSTAS MEDICINAS Y COJA AYUDA MEDICA AHORA MISMO!

Rápidamente, su asma está empeorando:

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



#### MEDICINA DE RESCATE

#### COMO DEBERÍA TOMARLA

Entonces: Espere 15 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó

- 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: \_\_\_\_\_

✓ 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 \_\_\_\_\_ 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.**