

Plano de Ação para Asma(Crianças)

Plano de Ação para Asma (Adolescentes e Adultos)

PACIENTE:.....

Como estou?



Estou bem! Sem sintomas!
Estou com a respiração normal, sem tosse, sem chiado no peito. Estou conseguindo realizar minhas atividades diárias.

Devo manter minha medicação usual!

Preventivo:.....

Inalar ___ jatos de _____, _____ vezes ao dia.

Consultas médicas a cada _____ meses.

Próxima: _____

Atenção! Estou com sintomas!

Estou com tosse, chiado no peito ou aperto no peito.
Estou acordando durante a noite ou pela manhã com sintomas.

ATITUDE: _____

Resgate: _____

Inalar ___jatos do _____(resgate) a cada 30 minutos, por até _____ horas.
Manter _____ jatos, a cada 4 a 6 horas por dois dias.

Preventivo: _____

Inalar _____ jatos de _____, _____ vezes ao dia.

Iniciar corticoide por via oral: _____ mg, _____ cp ao dia, _____ 05 dias.

Procurar unidade de saúde para marcar consulta de revisão.

Perigo!!! Não houve melhora nem com as medidas de atenção.

Mantenha o resgate:

.....
.....

Inalar __jatos do_____ a cada 20/30 minutos e **procure pronto atendimento imediatamente.**

Onde procurar atendimento:.....
.....

Horário da Unidade de Saúde:.....

Atendimento 24h:
.....