

# PIANO D'AZIONE DELL'ASMA

Nome e cognome:

Data:

Prossimo controllo:



**Contatti del centro**

## COME TI SENTI?



### Tutto okay!

Tutti i seguenti sono presenti:

- Respiro bene
- Non tossisco e non "fischio"
- Ho dormito bene stanotte: non mi sono mai svegliato!
- Riesco a giocare senza problemi.



Allora prendo queste medicine **tutti i giorni**:

COSA?	QUANTO?	QUANDO?

### Non mi sento molto bene...

Almeno uno dei seguenti è presente:

- Tossisco, fischio, ho difficoltà a respirare
- Ho dovuto utilizzare la mia terapia al bisogno già 3 (o più) volte questa settimana
- Mi sono svegliato stanotte, non riesco a dormire per la tosse.



Allora **aggiungo** queste medicine se ho un nuovo episodio acuto entro un mese **aumento** la mia terapia di fondo e **anticipo** l'appuntamento col mio dottore:

COSA?	QUANTO?	QUANDO?

### Sto male...

Almeno uno dei seguenti è presente e **non ho alcun beneficio dalla terapia al bisogno**

- Respiro molto velocemente e a fatica
- Uso tutti i muscoli del corpo per far entrare l'aria nei polmoni
- Non riesco a parlare

Prendo queste medicine e chiamo il mio dottore:



COSA?	QUANTO?	QUANDO?

Se i sintomi non migliorano, ma peggiorano, le labbra diventano viola o sembra che i sintomi dell'asma siano fuori controllo, chiamo il **112** e mi reco subito al **Pronto Soccorso!**