

My Asthma Action Plan

Date: _____ Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Doctor's Name: _____ Doctor's Phone: _____

GREEN ZONE

I feel great!

- No cough
- No wheeze
- No chest tightness
- Can do all usual activities



I take EVERYDAY CONTROL medicine to keep my ASTHMA UNDER CONTROL and STAY in the GREEN ZONE:

Name of medicine: _____ Dose: _____ When to take it: _____
 _____ → _____ → _____ times a day
 _____ → _____ → _____ times a day

Before exercise, I take this medicine:

_____ → _____ → _____ times a day

YELLOW ZONE

I'm having early or mild asthma symptoms.

- Slight cough or wheeze
- Chest tightness
- Can do some, but not all, usual activities



I take QUICK-RELIEF (RESCUE) medicine when I am in the YELLOW ZONE:

- ☐ Albuterol (Proair, Ventolin, Proventil) _____ puffs, every 4 to 6 hours as needed for temporary relief of asthma symptoms
- ☐ Other medicine: _____

And continue my EVERYDAY CONTROL medicine (same as in the GREEN ZONE):

☐ Increase dose:
 Name of medicine: _____ Dose: _____ When to take it: _____
 _____ → _____ → _____ times a day

OR

I take a COMBINATION MEDICINE that provides both QUICK RELIEF and CONTROL:

- ☐ Symbicort ☐ Dulera (_____ strength)
- ☐ 1 or ☐ 2 puffs, up to 4 times a day (up to 6 times a day, if older than 12 years old)

RED ZONE

I need medical attention!

- Persistent cough
- Persistent wheeze
- Fast breathing
- Hard to breathe



I take QUICK-RELIEF (RESCUE) medicine when I am in the RED ZONE:

- ☐ Albuterol (Proair, Ventolin, Proventil) _____ puffs, every 2 to 4 hours as needed for temporary relief of asthma symptoms
- ☐ Other medicine: _____

SEE DOCTOR PROMPTLY! (Additional medicine may be needed.)

And continue my EVERYDAY CONTROL medicine (same as in the GREEN ZONE):

☐ Increase dose:
 Name of medicine: _____ Dose: _____ When to take it: _____
 _____ → _____ → _____ times a day

CALL 911 or go to nearest EMERGENCY ROOM if:

- Breathing very hard or fast
- Breathing so hard I can't walk or talk
- Sucking in the stomach or ribs to breathe
- Chest is sucking in between ribs
- Nose opens wide with breathing
- Lips or fingernails look blue

NOTE: AVOID smoke, air pollution, colds/respiratory infections, strong smells, and things I am allergic to, when possible.

Things I am allergic to: _____

- ☐ Remember to wash my hands frequently and get a yearly flu shot.

Mi plan de acción contra el asma

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del doctor: _____ Número de teléfono del doctor: _____

ZONA VERDE

¡Me siento genial!

- No tengo tos
- No tengo jadeo
- No siento presión en el pecho
- Puedo hacer mis actividades normales



Tomo mi medicina DIARIA DE CONTROL para MANTENER mi ASMA BAJO CONTROL y PERMANECER en la ZONA VERDE:

Nombre de la medicina:	Dosis:	Cuándo tomarla:
_____	→ _____	→ _____ veces al día
_____	→ _____	→ _____ veces al día

Antes de hacer ejercicios, tomo esta medicina:

_____ → _____ → _____ veces al día

ZONA AMARILLA

Tengo síntomas tempranos o leves de asma.

- Tengo tos o jadeo leve
- Siento presión en el pecho
- Puedo hacer algunas, pero no todas mis actividades normales



Tomo medicina de ALIVIO RÁPIDO (RESCATE) cuando estoy en la ZONA AMARILLA:

- ☐ Albuterol (Proair, Ventolin, Proventil) _____ inhalaciones, cada 4 a 6 horas, según sea necesario, para el alivio temporal de los síntomas del asma
- ☐ Otras medicinas: _____

Y continúo mi medicina DIARIA DE CONTROL (la misma de la ZONA VERDE):

Incrementar dosis:	Nombre de la medicina:	Dosis:	Cuándo tomarla:
☐	_____	→ _____	→ _____ veces al día

O, como alternativa

Tomo una MEDICINA DE COMBINACIÓN que brinda ALIVIO RÁPIDO y CONTROL:

- ☐ Symbicort ☐ Dulera (_____ concentración)
- ☐ 1 o 2 inhalaciones, hasta 4 veces al día (hasta 6 veces al día, si el paciente es mayor de 12 años)

ZONA ROJA

¡Necesito atención médica!

- Tengo tos permanente
- Tengo jadeo permanente
- Mi respiración es rápida
- Tengo dificultad para respirar



Tomo medicina de ALIVIO RÁPIDO (RESCATE) cuando estoy en la ZONA ROJA:

- ☐ Albuterol (Proair, Ventolin, Proventil) _____ inhalaciones, cada 2 o 4 horas, según sea necesario, para el alivio temporal de los síntomas del asma
- ☐ Otras medicinas: _____

¡CONSULTAR CON MI DOCTOR INMEDIATAMENTE! (Es posible que medicina adicional sea necesaria.)

Y continuar tomando mi medicina DIARIA DE CONTROL (la misma de la ZONA VERDE):

Incrementar dosis:	Nombre de la medicina:	Dosis:	Cuándo tomarla:
☐	_____	→ _____	→ _____ veces al día

Tengo que LLAMAR AL 911 o ir a la SALA DE EMERGENCIAS más cercana si:

- Mi respiración es difícil o rápida
- Mi pecho se contrae hacia adentro entre las costillas
- Mi respiración es tan difícil que me impide caminar o hablar
- Mi nariz se abre mucho al respirar
- Los músculos de mi tórax se contraen hacia adentro para poder respirar
- Mis labios o uñas están azulados

NOTA: EVITAR el humo, la contaminación del aire, los resfriados/infecciones respiratorias, los olores fuertes y las cosas a las que soy alérgico(a), cuando sea posible. Cosas a las que soy alérgico(a): _____

☐ Recordar lavar mis manos frecuentemente y recibir la vacuna anual contra la influenza.