

PLAN DE ACCIÓN EN PEDIATRÍA



ASMA
ZERO

Nombre _____

Fecha _____

Médico tratante _____

Teléfono de emergencia _____



Verde: ZONA SEGURA

Usa tu tratamiento de mantención



Amarillo: PRECAUCIÓN

Inicia rescatador



Rojo: EMERGENCIA

Acude a Servicio de Urgencia inmediatamente.

Zona Segura



Bien

Tienes todas las siguientes:

Me siento bien
No tengo tos ni silbido
Duermo bien
Puedo realizar mis actividades habituales

Debo usar mi tratamiento habitual o de mantención

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

Precaución



Alerta

Tienes alguna de las siguientes:

Tos
Silbido
Pecho apretado
Tos en la noche

Agrega

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

Emergencia



Peligro

Tu asma empeora rápido:

El medicamento de rescate no me alivia
Respiro rápido
No puedo hablar
Me cuesta respirar
Mis labios están azules

Usa estos medicamentos y acude de inmediato al servicio de urgencia.

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

NO ESPERES ¡BUSCA AYUDA MÉDICA AHORA!

Aerocámara

- Usar siempre mi aerocámara para medicación inhalatoria. - Lavarla cada 10 - 15 días de uso. - Traerla en todas las consultas para revisión.

Las indicaciones del plan de acción deben ser llenadas por el médico. Es importante que el paciente/cuidador lo chequee constantemente, anote sus observaciones y lo lleve a cada consulta.

