

# Asthme – plan de traitement SAPP



Nom/Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

## I. Traitement au long cours

Traitement préventif

Médicament: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Traitement symptomatique

Médicament: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

En réserve avant un effort: \_\_\_\_\_

## II. En cas d'infection des voies respiratoires supérieures (exacerbation de la toux et des sifflements)

Traitement symptomatique

Médicament: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

## III. En cas d'urgence

Médicament: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Crise légère: \_\_\_\_\_

Crise sévère: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

En cas de péjoration, prenez contact avec votre médecin traitant, le médecin d'urgence ou le centre d'urgence le plus proche.

Médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

