



Child Asthma Plan

0 - 5 year olds


Name	Date of Birth	Effective Date
Doctor		Parent/Guardian
Doctor's Office Phone Number: Day		Parent's Phone
Emergency Contact After Parent		Contact Phone
Student is able to self medicate <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Parent/Guardian Signature: _____		

Controller Medicines (Use Everyday to Stay Healthy)	How Much to Take	How Often	Other Instructions (such as spacers/masks, nebulizers)
		_____ times per day EVERYDAY!	
		_____ times per day EVERYDAY!	
		_____ times per day EVERYDAY!	
		_____ times per day EVERYDAY!	

Quick-Relief Medicines	How Much to Take	How Often	Other Instructions
Albuterol or Xopenex	2 puffs by inhaler or 1 vial by nebulizer	Give ONLY as needed for symptoms	NOTE: If this medicine is needed often (<u> 3 </u> times per week), call physician.

GREEN ZONE

Child is well and has no asthma symptoms, even during active play.



PREVENT asthma symptoms everyday:

- Give the above controller medicines everyday.
- Avoid things that make the child's asthma worse:
 - Avoid tobacco smoke; ask people to smoke outside.
 - _____
 - _____

YELLOW ZONE

Child is not well and has asthma symptoms that may include:

- Coughing
- Wheezing
- Runny nose or other cold symptoms
- Breathing harder, faster or slower
- Awakening due to coughing or difficulty breathing
- Playing less than usual
- _____
- _____

Other symptoms that could indicate that your child is having trouble breathing may include: difficulty feeding (grunting sounds, poor sucking), changes in sleep patterns, cranky and tired, decreased appetite.

CAUTION. Take action by continuing to give regular everyday asthma medicines AND:

Give **Albuterol or Xopenex 2 puffs by inhaler w/spacer or 1 vial by nebulizer**

_____ (include dose and frequency)

If the child is not in the Green Zone and still has symptoms after one hour, then:

Give **Albuterol or Xopenex 2 puffs by inhaler w/spacer or 1 vial by nebulizer**

_____ (include dose and frequency)

_____ (include dose and frequency)

Call _____

RED ZONE

Child feels awful! Warning signs may include:

- Child's wheeze, cough or difficulty breathing continues or worsens, even after giving yellow zone medicines.
- Child's breathing is so hard that he/she is having trouble walking, talking, eating or playing.
- Breathing faster, slower or harder.
- Child is drowsy or less alert than normal.

MEDICAL ALERT! Get help!

Take the child to the hospital or call 911 immediately!

Give **Albuterol or Xopenex 2 puffs by inhaler w/spacer or 1 vial by nebulizer**

_____ (include dose and frequency)

Give _____ (include dose and frequency)

Danger! Get help immediately!

- **The child's skin is sucked in around the neck and ribs; or**
- **Lips and / or fingernails are grey or blue; or**
- **Child doesn't respond to you.**

Asthma Action Plan (0-5 years) – Document Instructions

Please read through the Asthma Action Plan form and fill out each section with the appropriate information that is needed to provide care for your child. This should be done in partnership with your healthcare provider. These instructions will help you fill out the Asthma Action Plan, please read carefully.

1. Important information about the child:

- a. **Name**
- b. **Date of Birth**
- c. **Effective Date** – Date in which the form is being filled out
- d. **Doctor** – Healthcare provider for the child
- e. **Parent/Guardian** – The parent or the caregiver designated as the legal guardian of the child
- f. **Doctor’s office phone number** – number where to reach healthcare provider of the child during the day
- g. **Parent/Guardian’s phone** – telephone number of parent/guardian where they can be reached during the day
- h. **Emergency contact after parent** – an individual who can be called in case of an emergency if parent/guardian can not be reached
- i. **Contact phone** – telephone number of emergency contact during the day
- j. **Student is able to self medicate** – Check yes or no depending on the Student/Child’s ability to self administer their own medication without the help of an adult.

2. Medication information:

- a. **Controller Medicines** – list all controller medications that child is on vertically
- b. **How much to take** – after each medicine listed write down how much and the strength of the medications the child must take each day according to your healthcare provider
- c. **How often** – in the same row as the medicine listed write down in the space provided how often the child is to take their medicine “___ times per day, EVERYDAY!”
- d. **Other Instructions** – please list any other special instructions such as tools that are used with medicine, if the child has a reaction, or any other relevant information
- e. **Quick-Relief Medicines** – this medication is already listed as most Albuterol prescriptions are similar. If this does not apply

to you please talk to your healthcare provider to find out what is the appropriate dosage for your child

3. Zones - RED, YELLOW, GREEN:

- a. **Green Zone: Child is well and has no asthma symptoms, even during active play** – list any triggers that may cause asthma symptoms in your child. This information will help prevent an asthma episode.
- b. **Yellow Zone: Child is not well and has asthma symptoms...** – list any other symptoms that your child may have that are not already listed under the common symptoms listed on the left hand column.
- c. **Yellow Zone Medications** – on the right hand column list all medications unless already listed and check off on which ones must be given during asthma symptoms. Below the medications list the telephone number of the person who should be notified if child begins to have asthma symptoms.
- d. **Red Zone: Child feels awful! Warning signs may include...**
- on the right hand column list medications that should be given to child during this time. If medication does not have an effect within several minutes 911 will be called and parent/guardian will be notified.




4. Doctor's Signature – please make sure that your healthcare provider signs off on your asthma action plan. It is important that this paperwork be filled out by you and your child's healthcare provider so that there is accurate information provided to your childcare facility.

Asthma Action Plan

5 years above

The colors of a traffic light will help you use your asthma medicines. Also pay attention to symptoms

Name	Date of Birth	Effective Date
Doctor	Parent/Guardian	
Doctor's Office Phone Number: Day	Parent's Phone	
Emergency Contact After Parent	Contact Phone	
Student is able to self medicate <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

	Green means GO ZONE Use preventive medicine	-
	Yellow means CAUTION ZONE! Add prescribed yellow zone medicine	-
	Red means DANGER ZONE! Get help from a doctor	-

GO (GREEN) Use these medicines every day.

You have ALL of these:

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through the night
- Can work or play

Peak flow above _____

Medicine	How Much to Take	When to Take It

For asthma with exercise, take:

--	--	--

CAUTION (YELLOW) Continue with green zone medicine and ADD:

You have ANY of these:

- First sign of a cold
- Exposure to known trigger
- Cough
- Mild wheeze
- Tight chest
- Coughing at night



And/or Peak flow from _____ to _____

Medicine	How Much to Take	When to Take It
First	2 puffs or 1 vial by nebulizer	Every 4 hours as needed
Next	Call Doctor if no improvement	

IF QUICK RELIEVER/YELLOW ZONE MEDICINE IS NEEDED MORE THAN 2-3 TIMES A WEEK, THEN CALL YOUR DOCTOR.

DANGER (RED) Take these medicines and call your doctor.

Your asthma is getting worse fast:

- Medicine is not helping within 15-20 minutes
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Ribs show
- Lips and/or fingernails blue
- Trouble walking and talking



And/or Peak flow below _____

Medicine	How Much to Take	When to Take It
	2 puffs or 1 vial by nebulizer	Immediately - Call Doctor

Get help from a doctor now! Do not be afraid of causing a fuss. Your doctor will want to see you right away. It is IMPORTANT! If you cannot contact your doctor, go directly to the emergency room. DO NOT WAIT. Make an appointment with your primary care provider within two days of an ER visit or hospitalization.

Check all items that trigger your asthma and things that could make your asthma worse:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chalk dust | <input type="checkbox"/> Ozone alert days |
| <input type="checkbox"/> Cigarette Smoke and second hand smoke | <input type="checkbox"/> Pests-rodents and cockroaches |
| <input type="checkbox"/> Colds/Flu | <input type="checkbox"/> Pets-animal dander |
| <input type="checkbox"/> Dust mites, dust, stuffed animals, carpet | <input type="checkbox"/> Plants, flowers, cut grass, pollen |
| <input type="checkbox"/> Exercise | <input type="checkbox"/> Strong odors, perfumes, |
| <input type="checkbox"/> Sudden temperature change | <input type="checkbox"/> cleaning products |
| <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Wood Smoke |

Foods

Other

Asthma Triggers



Doctor's Signature/Stamp

Asthma Action Plan (5+ years) – Document Instructions

Please read through the Asthma Action Plan form and fill out each section with the appropriate information that is needed to provide care for your child. This should be done in partnership with your healthcare provider. These instructions will help you fill out the Asthma Action Plan, please read carefully.

1. Important information about the child:

- a. Name**
- b. Date of Birth**
- c. Effective Date** – Date on which the form is being filled out.
- d. Parent/Guardian** – The parent or caregiver designated as the legal guardian of the child.
- e. Parent/Guardian’s phone** – telephone number of parent/guardian where they can be reached during the day.
- f. Doctor’s office phone number** – number where to reach healthcare provider of the child during the day.
- g. Emergency contact after parent** – an individual who can be called in case of an emergency if parent/guardian can not be reached.
- h. Contact phone** – telephone number of emergency contact during the day.
- i. Student is able to self medicate** – Check yes or no depending on the Student/Child’s ability to self administer their own medication without the help of an adult.

2. Zones:

- a.** To the left of the child’s information there is a box where you can write down the numbers that pertain to your child’s zones (Green, Yellow, and Red). These zones are determined by your child’s peak flow meter. If your child does not have a peak flow meter, please speak with their healthcare provider immediately to have one prescribed and ask them to show you how to use it..
- b. How to use a Peak Flow Meter:**
 - i. Remove all gum, candy or food from your mouth.
 - ii. Move the pointer to the bottom of the scale.
 - iii. Stand up straight.
 - iv. Take a deep breath, fill up your lungs and hold your breath.
 - v. Put the meter in your mouth and close your lips around it. Do not put your tongue inside the meter.
 - vi. Blow out as hard and fast as you can in one blow. Write down the number you get.

c. How to find your personal best peak flow number:

- i. Use a Peak Flow Meter before taking your medicine for 14 days
- ii. Write down your number each time you use the Peak Flow Meter
- iii. After all 14 days have been completed cross out the highest number
- iv. Look for the next highest number and circle it that is your personal best.

3. Zones - RED, YELLOW, GREEN:

a. Green Zone - write down the peak flow number of green zone.

b. Green Zone Medications- on the right hand column list all medications unless already listed and check off on which ones must be given everyday even when there are no asthma symptoms present.

c. Yellow Zone – write down the peak flow number of the yellow zone

d. Yellow Zone Medications- on the right hand column list all medications unless already listed and check off on which ones must be given during asthma symptoms. These medications are in addition to the medications that your child takes everyday even when they feel well for their asthma.

e. Red Zone – write down the peak flow number of the red zone

f. Red Zone Medications- on the right hand column list medications that should be given to child during this time. If medication does not have an effect within several minutes 911 will be called and parent/guardian will be notified.

4. **Asthma Triggers** – This is a list of different asthma triggers which can cause asthma symptoms in your child, please mark all potential triggers for your child. In the space provided to the left write down any others that the childcare facility should know about.







5. **Doctor's Signature** – please make sure that your healthcare provider signs off on your asthma action plan. It is important that this paperwork be filled out by you and your child's healthcare provider in partnership so that there is accurate information provided to your childcare facility.

Commonly Used Reliever Medications

Medication	Reasons to Take	Tips for Use
 <p>Generic Albuterol</p>	<p>To relieve tightening of the airways.</p> <p>Used when you feel symptoms of asthma.</p> <p>You should carry this medication with you at all times.</p>	<p>Prime inhaler if it has not been used for at least one week. (prime means to waste or spray at least one dose)</p> <p>Clean Actuator (boot) once a week.</p> <p>Also available in vials for your nebulizer.</p>
 <p>Proventil (Albuterol)</p>	<p>To relieve tightening of the airways.</p> <p>Used when you feel symptoms of asthma.</p> <p>You should carry this medication with you at all times.</p>	<p>Prime inhaler if it has not been used for at least one week. (prime means to waste or spray at least one dose)</p> <p>Clean Actuator (boot) once a week.</p> <p>Also available in vials for your nebulizer.</p>
 <p>Ventolin (Albuterol)</p>	<p>To relieve tightening of the airways.</p> <p>Used when you feel symptoms of asthma.</p> <p>You should carry this medication with you at all times.</p>	<p>Prime inhaler if it has not been used for at least one week. (prime means to waste or spray at least one dose.)</p> <p>Clean Actuator (boot) once a week.</p> <p>Also available in vials for your nebulizer.</p>
 <p>Xopenex (Levalbuterol)</p>	<p>To relieve tightening of the airways.</p> <p>Used when you feel symptoms of asthma.</p> <p>You should carry this medication with you at all times.</p>	<p>Prime inhaler if it has not been used for at least one week. (prime means to waste or spray at least one dose)</p> <p>Clean Actuator (boot) once a week.</p> <p>Also available in vials for your nebulizer.</p>
 <p>Maxair (Pirbuterol)</p>	<p>To relieve tightening of the airways.</p> <p>Used when you feel symptoms of asthma.</p> <p>You should carry this medication with you at all times.</p>	<p>Breath actuated device.</p> <p>Prime inhaler if it has not been used for at least one week. (prime means to waste or spray at least one dose)</p> <p>No need for spacer or chamber.</p>

Commonly Used Controller Medications

Need to be taken everyday according to your doctors directions

Medication	Reasons to Take	Tips for Use
 <p>Pulmicort (Budesonide)</p>	<p>Helps to keep the swelling in the airways to a minimum.</p> <p>Used everyday even when you feel well.</p> <p>Not to be used as a reliever medication.</p>	<p>Dry powdered inhaler (DPI) must take a slow deep breath in to pull out the medication.</p> <p>Not used with a spacer.</p> <p>You need to rinse and spit after using this medicine to avoid thrush (a yeast infection in your mouth).</p>
 <p>Qvar (Beclomethasone)</p>	<p>Helps to keep the swelling in the airways to a minimum.</p> <p>Used everyday even when you feel well.</p> <p>Not to be used as a reliever medication.</p>	<p>Meter Dosed Inhaler (MDI) Usually used with a spacer.</p> <p>You need to rinse and spit after using this medicine to avoid thrush (a yeast infection in your mouth).</p> <p>Actuator (boot) should be cleaned weekly.</p>
 <p>Symbicort (budesonide/formoterol)</p>	<p>Combination drug works to relieves swelling in the airways and works to control the tightening of the airways.</p> <p>Used everyday even when you feel well.</p> <p>Not to be used as a reliever medication.</p>	<p>Dry powdered inhaler (DPI) must take a slow deep breath in to pull out the medication.</p> <p>Not used with a spacer.</p> <p>You need to rinse and spit after using this medicine to avoid thrush (a yeast infection in your mouth).</p>
 <p>Flovent (Fluticasone)</p>	<p>Helps to keep the swelling in the airways to a minimum.</p> <p>Used everyday even when you feel well.</p> <p>Not to be used as a reliever medication.</p>	<p>Meter Dosed Inhaler (MDI) Usually used with a spacer.</p> <p>You need to rinse and spit after using this medicine to avoid thrush (a yeast infection in your mouth).</p> <p>Actuator (boot) should be cleaned weekly.</p>
 <p>Singularair (montelukast)</p>	<p>Helps to keep the swelling in the airways to a minimum. Also helps reduces allergies.</p> <p>Used everyday even when you feel well.</p>	<p>Best taken at bedtime.</p> <p>Usually taken once a day.</p>
 <p>Advair (Salmeterol and Fluticasone)</p>	<p>Combination drug works to relieves swelling in the airways and works to control the tightening of the airways.</p> <p>Used everyday even when you feel well.</p> <p>Not to be used as a reliever medication.</p>	<p>Dry powdered inhaler (DPI) must take a slow deep breath in to pull out the medication.</p> <p>Not used with a spacer.</p> <p>You need to rinse and spit after using this medicine to avoid thrush (a yeast infection in your mouth).</p>

ILLINOIS LAW REQUIRES IPM IN CHILDCARE FACILITIES

A FACTSHEET FROM SAFER PEST CONTROL PROJECT



All licensed childcare facilities in Illinois are required by law (Public Act 93-0381) to use Integrated Pest Management (IPM) – a safer method of pest control. The law protects children and childcare providers from unnecessary exposure to pesticides – making your facility safer for you and the children in your care.

What is IPM?

IPM is a simple, common-sense approach to pest control that eliminates the root cause of pest problems. By minimizing pests' access to food, water, and shelter and eliminating pests' access to the inside of buildings – most pest problems can be controlled without dangerous pesticides. Persistent pest problems are handled in the least hazardous way, reducing pesticide exposure.

Not Another Law?!

You don't need a law to remind you to keep kids safe. But did you know kids have a special vulnerability to pesticides? IPM reduces children's exposure to pesticides, avoiding potential health problems such as cancer and developmental and neurological disabilities in the future. Additional benefits of IPM include fewer 'pest emergencies', reduced clutter and increased energy efficiency at your facility. Childcare facilities across the state have successfully used IPM for years – you can do it too!

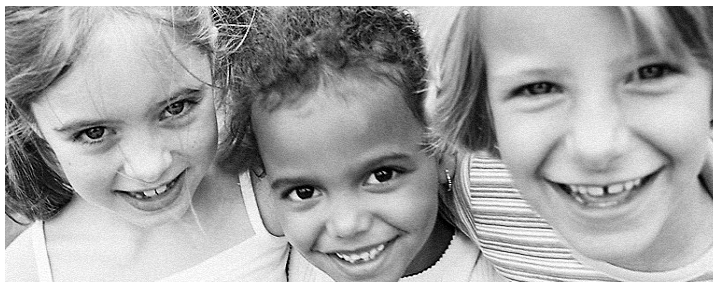
What Does the New Law Require?

- › Adopt an IPM program following the guidelines of the Illinois Department of Public Health (IDPH) (see 'Resources for IPM' at right).
- › Appoint a childcare employee to oversee pest management operations and record keeping.
- › Establish notification procedures to notify parents of plans to apply pesticides between two and thirty days before application.
- › Notify IDPH in writing if your facility cannot adopt an IPM program because it is not economically feasible.
- › Never apply pesticides when children are present.
- › Remove toys and items mouthed or handled by children prior to pesticide application.
- › Keep children out of the treated areas for at least two hours after pesticide application or as specified on the product label.
- › Stop routine pesticide spraying; pesticides are used only as a last resort and least-toxic options are always utilized.

What You Need to Know to Use IPM

A good IPM program utilizes (but is not limited to) the following tactics:

- › Regular pest population monitoring: keep a record of pest sightings
- › Improved sanitation
- › Site inspections (pest control companies that use IPM normally include this with their services)
- › Staff education on trash and food management
- › Improved maintenance: sealing and caulking holes
- › Communication and cooperation with your pest control company



Resources for Childcare IPM

Safer Pest Control Project can train your staff to use IPM, assist with the development of your IPM policy, assess your site for pest problems and guide you in managing your pest control professional or locating a professional who practices IPM. Training sessions occur regularly and are often free of charge. Individualized assistance is available at your request, on a sliding-fee scale.

IDPH offers two manuals for IPM in childcare facilities - utilizing the same guidelines developed for schools:

"Integrated Management of Structural Pests in Schools" (1994), a step by step guide for creating an IPM program; and

"A Practical Guide to Management of Common Pests in Schools" (1999), a technical guide outlining control of common pests.

Go to www.idph.state.il.us; click on "A to Z" topics (left side of page), select "P" and scroll down to the "Pests" topics to find the manuals.

Safer Pest Control Project is dedicated to reducing the health and environmental impacts of pesticides and promoting safer alternatives in Illinois.

4611 N. Ravenswood Ste. 107, Chicago, IL 60640 Tel: 773/878-7378 Fax: 773/878-8250 Web: www.spcpweb.org

Self Carry Medication Policy

On August 16, 2001 legislation was enacted that allowed Illinois public and private school children to carry and self-administer prescribed asthma medication. As of July 1, 2006 all schools must adhere to Illinois Public Act 94-0792, which amends the school code as follows:

- All children who can self-medicate are allowed to carry their **asthma medication and epi-pens** and to self-medicate as prescribed while at school.
- Medication is **NOT** to be stored by the school, but rather to be kept with the child.

Permission to carry and self-medicate is determined by the child's parent and physician.

- District self-medication forms must be signed by a parent and a physician, and kept on record at the school. (Sample forms are available at www.lungchicago.org)
- There are no age limitations; the physician determines if the child is able to self-medicate.
- It is the responsibility of the school to notify parents of their legal right to allow their children to carry and self-medicate asthma medication and epi-pens.
- It is recommended that parents provide two prescriptions of each medication, one to be carried by the child and one to be kept by the school as a back up for an emergency.

If you have any further questions about the Self Carry Medication Policy, please contact the Respiratory Health Association of Metropolitan Chicago, (888) 880-5864





Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha
Medico	Padres/Guardián	
Teléfono del Medico	Teléfono de Padres	
Contacto de emergencia	Teléfono de contacto	
Estudiante tiene la habilidad de administrar su propio medicamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		


Plan Para el Asma Infantil

Para niños de 0 a 5 años de edad

Medicamentos de control (usar todos los días para mantenerlo sano)	Dosis	Cuántas veces	Otras instrucciones (por ejemplo: espaciadores/máscaras, nebulizadores)
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
Medicamentos para alivio rápido	Dosis	Cuántas veces	Otras instrucciones
Albuterol o Xopenex	2 inhalaciones o 1 frasco por nebulizador	Dar SÓLO cuando se necesita	NOTA: Si necesita este medicamento a menudo (___3___ veces por semana), llame al médico.

ZONA VERDE

El niño está bien y no tiene síntomas de asma, incluso durante el juego activo



PREVENGA los síntomas del asma todos los días:

- **Dé al niño los medicamentos de control todos los días.**
- Evite las cosas que empeoran el asma del niño.

Evite el humo del tabaco; pida que fumen afuera.

Te2 inhalaciones o 1 _____

ZONA AMARILLA

El niño *no está bien* y tiene síntomas de asma, que pueden incluir:

- Tos
- Silbido
- Síntomas de resfriado
- Respira más fuerte o más rápido
- Despertarse a causa de la tos o de la dificultad para respirar
- Juega menos de lo normal
- _____
- _____

Otros síntomas que pueden indicar que su hijo tiene problemas para respirar incluyen: dificultad para darle de comer (hace gru ñidos o mama mal), cambios en los patrones de sueño, estar malhumorado y cansado, tener menos apetito.

PRECAUCIÓN: Tome acción y siga dándole los medicamentos para el asma todos los días, de manera regular, Y:

Déle 2 inhalaciones de Albuterol o Xopenex o 1 frasco por nebulizador _____

Si el niño no está en la Zona Verde y sigue con síntomas después de una hora, entonces:

Déle 2 inhalaciones de Albuterol o Xopenex o 1 frasco por nebulizador _____

Llame _____ (include dose and frequency)

ZONA ROJA

¡El niño se siente muy mal!
Las señales de advertencia pueden incluir:

- El niño silba, tose o tiene dificultad para respirar y continúa empeorando, incluso después de darle los medicamentos de la zona amarilla.
- El niño respira rapido y le cuesta trabajo caminar, hablar, comer o jugar.
- El niño está somnoliento o menos alerta de lo normal.

¡ALERTA MÉDICA! ¡Obtenga ayuda!

¡Lleve al niño al hospital o llame al 911 inmediatamente
Déle 2 inhalaciones de Albuterol o Xopenex o 1 frasco por nebulizador _____
(include dose and frequency)

Déle _____
(include dose and frequency)

¡Peligro! ¡Obtenga ayuda inmediatamente!

Llame al 911 si:

- la piel del niño está retraída entre las costillas
- tiene los labios o las uñas morados o azules
- **el niño no le responde.**

Firma de doctor _____ Fecha _____

Plan de Acción de Asma (0-5 años) – Documento de Instrucciones

Por favor lea el formulario del Plan de Acción de Asma y llene cada sección con la información apropiada que se necesita para proveer cuidado para su hijo/a. Esto debería ser llenado en asociación con su proveedor de cuidado de salud. Estas instrucciones le ayudaran a llenar el Plan de Acción de Asma, por favor lea con cuidado.

1. Información importante sobre el niño/a:

- a. Nombre**
- b. Fecha de nacimiento**
- c. Fecha** – Fecha en la cual el formulario es llenado
- d. Doctor** – Proveedor de cuidado de salud del niño/a
- e. Padres/Guardián** – El padre/madre o cuidador designado como el guardián legal del niño/a
- f. Numero de la oficina del Doctor** – numero de teléfono donde contactar el proveedor de cuidado de salud del niño/a durante el día
- g. Numero de Padres/Guardianes** – numero de teléfono de padres/guardián donde contactar durante el día
- h. Numero de emergencia después de padres** – individual al cual se le puede contactar en caso de emergencia si los padres no pueden ser contactados
- i. Numero de Contacto** – numero de teléfono de día del contacto de emergencia
- j. Estudiante puede medicarse solo/a** – Marque si o no dependiendo de la habilidad del estudiante/niño/a al poderse medicar sin la ayuda de un adulto.
- k. Firma de padre/guardián:** Si su hijo/a puede medicarse a si mismo es importante que el padre o guardián firme para confirmar.

2. Información del medicamento:

- a. Medicinas de control** – liste todos los medicamentos de control que el niño/a esta tomando
- b. Cuanto tomar** – después de cada medicina listada escriba cuanto y la intensidad de los medicamentos que el niño/a debe tomar diario de acuerdo a su proveedor de cuidado de salud
- c. Cada cuando** – en la misma hilera que lista las medicinas escriba en el espacio proveído cada cuando el niño/a debe tomar el medicamento “___ veces por día, DIARIO!”
- d. Otras Instrucciones** – por favor liste cualquier otras instrucciones especiales tal como herramientas que se usan con el medicamento, si el niño/a tiene alguna reacción, o cualquier otra información relevante
- e. Medicinas de Alivio-Rápido** – este medicamento ya esta listado por cual muchas prescripciones de Albuterol son similar. Si esto no le aplica a usted hable con su proveedor de cuidado de salud para saber cual es la dosis apropiada para su hijo/a

3. Zonas - Rojo, Amarillo, Verde:

- a. Zona Verde: Niño/a esta bien y no tiene síntomas de asma, ni siquiera durante juegos activos** – liste cualquier provocante que causa síntomas de asma en su hijo/a. Esta información ayudara a prevenir un episodio de asma.




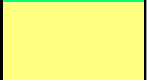


- b. Zona Amarilla: Niño/a no esta bien y tiene síntomas de asma...** – liste cualquier otros síntomas que su hijo/a puede tener que no ya estén listados bajo los síntomas comunes listados en la columna izquierda.
- c. Medicamentos de Zona Amarilla** – en la columna derecha liste todos los medicamentos a menos de que ya estén listados y marque cuales deben ser tomados durante síntomas de asma. Bajo los medicamentos liste el numero de teléfono de la persona que debe ser notificada si el niño/a empieza a tener síntomas de asma.
- d. Zona Roja: Niño/a se siente fatal! Signos de advertencia pueden incluir...** - en la columna derecha liste medicamentos que se le deben dar al niño/a durante este tiempo. Si los medicamentos no tienen efecto dentro de varios minutos se le llamara al 911 y padres/guardianes serán notificados.

4. Firma de Doctor – por favor asegúrese de que su proveedor de cuidado de salud firme su plan de acción de asma. Es importante que este papeleo sea llenado por usted y el proveedor de cuidado de su hijo/a para que la información proveída a su guardería sea precisa.

El Plan de Acción para Pacientes con Asma

Usted puede usar los colores de los semáforos para ayudarlo a aprender sobre la medicina del asma

Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha
Medico	Padres/Guardián	
Teléfono del Medico	Teléfono de Padres	
Teléfono de Amigo o de Taxi	Teléfono de casa	
Estudiante puede administrar su propio medicamento		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

	El Verde significa "¡Vaya!" Utilice medicina de control	
	El Amarillo es un Aviso Utilice medicina de Alivio	
	El Rojo significa "¡Pare!" Llame a un doctor	

VERDE = "SIGA"

Utilize medicinas de Control

Tiene estos síntomas

- Puede respirar bien, sin dificultad
- No hay tos o resuello asmático
- Puede dormir por la noche
- Puede trabajar y jugar

Número de máximo flujo

a

Medicina	Cantidad	Cuando tomar
20 minutos antes de jugar, tome esta medicina:		

AMARILLO = "PRECAUCIÓN"

Utilize medicinas de Alivio para impedir que empeore un ataque de asma.

Tiene estos síntomas

- Primeros síntomas de un resfriado
- Exposición a un provocante de asma
- Tos
- Silbidos/resuello asmático
- Congestión y opresión en el pecho
- Tos por la noche

Número de máximo flujo

a



Medicina	Cantidad	Cuando tomar
Primero	2 dosis de inhalador o 1 dosis de Nebulizador	Cada 4 horas, cuanto es necesario
Segundo	Llame al medico si no mejora	

Si una medicina de Alivio/medicina de zona amarilla se necesita más de 2 a 3 veces por semana, **LLAME A SU MEDICO.**

ROJO = "PARA"

Utilize estas medicinas hasta hablar con el doctor:

Tiene estos síntomas

- Medicina no ayuda después de 15 a 20 minutos
- Respiración es rápida y difícil
- Las narices se abren más de lo normal
- Se ven las costillas
- Labios y/o uñas se ven azul o pálidas
- Dificultad en hablar y caminar

Número de máximo flujo

a



Medicina	Cantidad	Cuando tomar
	2 dosis de inhalador o 1 dosis de Nebulizador	Llame al Medico – Inmediatamente

* ¡Llame a su médico rápido! No tenga miedo de causar problemas, su médico quiere atenderlos de inmediato. Es importante que si no puede comunicarse con su médico que vaya directamente a la sala de emergencia. ¡NO SE ESPERE! Haga cita con su médico o proveedor de salud después de dos días de ir a la sala de emergencia.

Marque todos los provocantes de su asma y cosas que empeoran su asma:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Polvo de tiza | <input type="checkbox"/> Días de ozono alto |
| <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo o humo de segunda mano | <input type="checkbox"/> Ratones y cucarachas |
| <input type="checkbox"/> Resfriados y gripes | <input type="checkbox"/> Animales caseros |
| <input type="checkbox"/> Ácaros de polvo, monos de peluche, alfombra | <input type="checkbox"/> Flores, plantas, pasto, y polen |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Olores fuerte y perfume |
| <input type="checkbox"/> Cambio de temperatura | <input type="checkbox"/> Productos de limpieza |
| <input type="checkbox"/> Mojo | <input type="checkbox"/> Humo de madera |

Comida

Otro

Provocantes de Asma



Firma de Medico

Plan de Acción de Asma (5+ años) – Documento de Instrucciones

Por favor lea el formulario del Plan de Acción de Asma y llene cada sección con la información apropiada que se necesita para proveer cuidado para su hijo/a. Esto debería ser llenado junto con su proveedor de salud. Estas instrucciones le ayudaran a llenar el Plan de Acción de Asma, por favor lea con cuidado.

1. Información importante sobre el niño/a:

- a. Nombre**
- b. Fecha de nacimiento**
- c. Fecha** – Fecha en la cual el formulario es llenado
- d. Doctor** – Proveedor de salud del niño/a
- e. Padres/Guardián** – El padre/madre o cuidador designado como el guardián legal del niño/a
- f. Numero de la oficina del Doctor** – numero de teléfono donde contactar el proveedor de cuidado de salud del niño/a durante el día
- g. Numero de Padres/Guardianes** – numero de teléfono de padres/guardián donde contactar durante el día
- h. Numero de emergencia después de padres** – individual al cual se le puede contactar en caso de emergencia si los padres no pueden ser contactados
- i. Numero de Contacto** – numero de teléfono de día del contacto de emergencia
- j. Estudiante puede medicarse solo/a** – Marque si o no dependiendo de la habilidad del estudiante/niño/a al poderse medicar sin la ayuda de un adulto.
- k. Firma de padre/guardián:** Si su hijo/a puede medicarse a si mismo es importante que el padre o guardián firme para confirmar.

2. Zonas:

- a.** Al lado izquierdo de la información del niño/a hay una caja donde usted puede escribir los números que le pertenecen a las zonas de su hijo/a (Verde, Amarillo, y Rojo). Estas zonas son determinadas por el medidor de flujo máximo de su hijo/a. Si su hijo/a no tiene un medidor de flujo máximo, por favor hable con su proveedor de cuidado de salud inmediatamente para obtener uno y pregunte como usarlo.
- b. Como usar un Medidor de Flujo Máximo:**
 - i. Remueva todo chicle (goma de mascar), dulce y comida de su boca.
 - ii. Mueva el marcador al final de la escala.
 - iii. Parece recto.
 - iv. Tome un aliento profundo, llene sus pulmones y detenga su respiración.
 - v. Ponga el medidor en su boca y cierre sus labios alrededor. No ponga su lengua dentro del medidor.

vi. Sople tan fuerte y rápido como pueda en un solo soplido. Escriba el número que obtenga.

c. Como encontrar su flujo máximo personal:

- i. Use un Medidor de Flujo Máximo antes de tomar su medicamento por 14 días.
- ii. Escriba su número cada vez que use el Medidor de Flujo Máximo.
- iii. Después de que todos los 14 días sean completados marque con una x el número más alto.
- iv. Busque el siguiente número más alto y circúlelo ese es su mejor personal.

3. Zonas - ROJO, AMARILLO, VERDE:

- a. **Zona Verde** – escriba el número del medidor de flujo máximo de la zona verde.
- b. **Medicamentos de Zona Verde**- en la columna derecha liste todos los medicamentos al menos de que ya estén listados y marque los cuales deben ser tomados diario aun cuando no haya síntomas de asma presente.
- c. **Zona Amarilla** – escriba el número de medidor de flujo máximo de la zona amarilla.
- d. **Medicamentos de Zona Amarilla** – en la columna derecha liste todos los medicamentos al menos de que ya estén listados y marque los cuales deben ser tomados diario aun cuando no haya síntomas de asma presente. Estos medicamentos son en adición a los medicamentos que su hijo/a toma a diario aun cuando el/la se siente bien de su asma.
- e. **Zona Roja** – escriba el número de medidor de flujo máximo de la zona roja.
- f. **Medicamentos de Zona Roja**- en la columna derecha liste medicamentos que se le deben dar al niño/a durante este tiempo. Si los medicamentos no tienen efecto dentro de varios minutos se le llamara al 911 y padres/guardianes serán notificados.

4. **Provocantes del Asma** – Esta es una lista de diferentes provocantes de asma los cuales causan síntomas de asma en su hijo/a, por favor marque todos los provocantes que tienen potencial a causar síntomas de asma. En el espacio proveído a la izquierda escriba cualquier otro que la guardería debería saber.

5. **Firma de Doctor** – por favor asegúrese de que su proveedor de cuidado de salud firme su plan de acción de asma. Es importante que este papeleo sea llenado por usted y el proveedor de cuidado de su hijo/a para que la información proveída a su guardería sea precisa.

La Ley y Medicamentos de Asma en las Escuelas

En el 16 de agosto del 2001 una ley fue aprobada que permite a niños de escuelas publicas y privadas en Illinois cargar y auto administrar medicamentos de asma recetados específicamente a ellos. Empezando en el 1 de Julio del 2006 todas las escuelas deben adherir a la ley de Illinois Acta Publica 94-0792, la cual enmendó los códigos de escuela a lo siguiente:

- Todo niño/a que pueda auto administrar su medicamento se les permite cargar su **medicamento de asma y epi-pens** y usar su medicamento como se le ha sido recetado mientras este en la escuela.
- Medicamentos **NO** deben ser guardados en la escuela o bajo llave, deberían siempre estar con el niño/a.

Permiso de cargar y auto administrar es determinado por los padres del niño/a y su medico.

- Formularios de auto administrar del distrito deben ser firmados por un padre y un medico, y mantener en record en la escuela. (Formularios de ejemplo están disponibles en www.lungchicago.org)
- No hay limitaciones de edad; el medico determina si el niño/a puede auto administrar su medicamento.
- Es la responsabilidad de la escuela notificar a los padres de sus derechos legales de permitir a sus hijo/as cargar y auto administrar sus medicamentos de asma y epi-pens.
- Es recomendado que los padres proveen dos recetas de cada medicamento, una para que el niño/a cargue siempre y una para que la escuela la guarde en caso de emergencias.

Si usted tiene mas preguntas sobre esta ley, por favor comunicase con la Asociación de Salud Respiratoria; Respiratory Health Association of Metropolitan Chicago, (888) 880-5864

