

# ASMA | PLANO DE AÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Contacto do local de prescrição: \_\_\_\_\_

Médico prescritor: \_\_\_\_\_

Comorbilidades: \_\_\_\_\_

Fatores de agudização: \_\_\_\_\_



## NÃO TENHO SINTOMAS DE ASMA

- Sem sintomas diurnos ou noturnos (tosse, sibilância, aperto no peito ou falta de ar, nem com o exercício);
- Sem limitação para atividades de vida diária;
- Sem medicação de alívio, ou utilização até 2 vezes/semana, mesmo no exercício;
- PEF:  $\geq 80\%$  do melhor valor

## MEDICAMENTOS DIÁRIOS PARA O CONTROLO DA ASMA

MEDICAMENTOS	FORMA* E DOSE	HORÁRIO

\* inalações/puffs, carteiras/comprimidos

Usar câmara expansora: (máscara / bucal)     Lavar a boca após inalação

**Medicamento(s) de alívio ou antes do exercício:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ inalações, 10-15' antes



## TENHO SINTOMAS DE ASMA

- Sintomas frequentes (diurnos e/ou noturnos, mais do que 2 vezes/semana);
- Uso de medicação de alívio mais do que 2 vezes/semana; Limitação para atividades de vida diária, incluindo faltar ao trabalho ou escola;
- PEF: 50-80% do melhor valor individual

## POSSO AUMENTAR OS MEDICAMENTOS DE CONTROLO OU ADICIONAR OUTRO MEDICAMENTO

**1º Medicamento(s) de alívio:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Inalações, máx. \_\_\_/\_\_\_h, \_\_\_\_\_ dias

**2º Aumentar medicamento(s) de controlo:**  
Aumentar \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ /dia, até \_\_\_\_\_ dias, ou até voltar a não ter sintomas

**Se mantiver sintomas todas as semanas sem melhoria, contacte o seu médico**



## ESTOU AFLITO E PRECISO DE AJUDA

- Sintomas frequentes e intensos (diurnos e/ou noturnos);
- Sem melhoria com o(s) medicamento(s) de alívio;
- Com limitação grave para atividades de vida diária, incluindo andar ou a falar;
- PEF:  $< 50\%$  do melhor valor individual;
- O(s) medicamento(s) de alívio não ajuda;
- Fiquei assim subitamente

## DEVO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO

**1º É UMA URGÊNCIA E DEVE IR DE IMEDIATO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA OU TELEFONAR PARA O 112**

**2º Enquanto não chega, iniciar:**  
\_\_\_\_\_, até \_\_\_ inalações/puffs, de \_\_\_/\_\_\_ min,

Usar câmara expansora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ mg, (\_\_\_\_\_)