Feuillet d'information
PAR VIGILANCE SANTÉ

Formulaire de suivi de l'asthme

Notez chaque jour les symptômes d'asthme survenus, le nombre de doses prises du médicament de secours ainsi que les valeurs de débits de pointe mesurés. Pour les symptômes, utilisez l'échelle suivante pour noter l'intensité :

0 Aucun 1 Léger 2 Modéré 3 Sévère

Semaine débutant le _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Toux							
Silement (respiration sifflante)							
Essoufflement							
Problèmes respiratoires durant la nuit							
Restriction dans les activités de la journée							
Nombre de doses du médicament de secours :							
Valeur de débit expiratoire de pointe matin:							
soir:							

Semaine débutant le _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Toux							
Silement (respiration sifflante)							
Essoufflement							
Problèmes respiratoires durant la nuit							
Restriction dans les activités de la journée							
Nombre de doses du médicament de secours :							
Valeur de débit expiratoire de pointe matin:							
soir:							

Semaine débutant le _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Toux							
Silement (respiration sifflante)							
Essoufflement							
Problèmes respiratoires durant la nuit							
Restriction dans les activités de la journée							
Nombre de doses du médicament de secours :							
Valeur de débit expiratoire de pointe matin:							
soir:							

VIGILANCEsanté | © Tous droits réservés