

## ASMA - PLANO DE AÇÃO

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

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

Fatores de agudização: \_\_\_\_\_

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

Médico prescriptor: \_\_\_\_\_

### 😊 Não tenho sintomas de asma

### Medicamentos diários para o controlo da 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	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

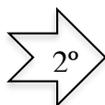
### 😞 Tenho sintomas de asma

### Posso aumentar os medicamentos de controlo ou adicionar outro medicamento

- 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



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



**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

### Devo recorrer ao Serviço de Urgência mais próximo

- 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



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

**Enquanto não chega, iniciar:**

\_\_\_\_\_, até \_\_\_\_ inalações/puffs, de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ min,

Usar câmara expansora

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

