



## ASTHMA ACTION PLAN

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone Number: \_\_\_\_\_

### GREEN ZONE • Doing Well

**Symptoms:** No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night. Can do usual activities.

**Peak Flow:** \_\_\_\_\_ (more than 80% of personal best)

My best peak flow is: \_\_\_\_\_

Take these long-term control medicines each day (include an anti-inflammatory).

Medicine	How much to take	When to take it
_____	_____	_____
Before exercise	_____ puffs	5 minutes before exercise

### YELLOW ZONE • Asthma is Getting Worse

**Symptoms:** Cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, waking at night, can do some, but not all, usual activities.

**Peak Flow:** \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (between 50% to 79% of personal best)

#### 1 Add Quick Relief Medicine and keep taking your GREEN ZONE medicine

Take \_\_\_\_\_ puffs every 20 minutes for up to 1 hour.  Nebulizer once

#### 2 If your symptoms (and peak flow, if used) return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment

Continue monitoring to be sure you stay in the green zone.

**If your symptoms (and peak flow, if used) do not return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:**

Take \_\_\_\_\_ puffs or  Nebulizer

Add \_\_\_\_\_ puffs (oral steroid) mg per day. For \_\_\_\_\_ (3 to 10) days.

Call the doctor  before /  within \_\_\_\_\_ hours after taking the oral steroid.

### RED ZONE • Medical Alert!

**Symptoms:** Very short of breath, quick-relief medicines have not helped, cannot do usual activities, symptoms are the same or get worse after 24 hours in Yellow Zone.

**Peak Flow:** \_\_\_\_\_ (less than 50% of personal best)

#### Take this medicine:

Take \_\_\_\_\_ puffs or  Nebulizer / \_\_\_\_\_ (oral steroid) mg.

#### Then call your doctor NOW. Call 911 if:

You are still in the red zone after 15 minutes AND  You have not reached your doctor.

**DANGER SIGNS:** • Trouble walking and talking due to shortness of breath. Take \_\_\_\_\_ puffs of your quick-relief medicine.

• Lips or fingernails are blue.

▶ Go to the hospital or call 911.

Call your doctor \_\_\_\_\_ (phone).

**24-Hour Advice Nurse Line: 1-800-437-5001 / 1-877-431-1700 (toll free). If you use a TTY, call 711.**

**Member Services: 1-888-301-1228. If you use a TTY, call 1-888-310-7347.**

### Statement of Nondiscrimination and Language Assistance

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。



## PLAN DE ACCIÓN PARA EL CONTROL DEL ASMA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Número Telefónico del Doctor: \_\_\_\_\_

### ZONA VERDE • Se Siente Bien

**Síntomas:** Sin tos, silbidos al respirar (sibilancias), opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche. Puede realizar sus actividades normales.

**Flujo máximo:** \_\_\_\_\_ (más del 80% del valor óptimo personal)

Mi valor óptimo personal de flujo máximo es: \_\_\_\_\_

Tome estos medicamentos de control a largo plazo todos los días (incluido un antiinflamatorio).

Medicamento	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarlo
_____	_____	_____

Antes de hacer ejercicio \_\_\_\_\_ descargas 5 minutos antes de hacer ejercicio

### ZONA AMARILLA • Su Asma Está Empeorando

**Síntomas:** Tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho, dificultad para respirar, se despierta por la noche, puede hacer algunas de las actividades normales, pero no todas.

**Flujo máximo:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (entre el 50% y el 79% del valor óptimo personal)

#### 1 Agregue el medicamento de alivio rápido y siga tomando el medicamento de la ZONA VERDE.

Toma \_\_\_\_\_ descargas cada 20 minutos por un máximo de 1 hora.  Use el nebulizador una vez

#### 2 Si sus síntomas (y el flujo máximo, si se lo mide) regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora del tratamiento anterior

Continúe vigilándolos para asegurarse de permanecer en la Zona Verde.

**Si sus síntomas (y el flujo máximo, si se lo mide) no regresan a la ZONA VERDE después de una hora del tratamiento anterior:**

Tome \_\_\_\_\_ descargas o  Use el nebulizador

Agregue \_\_\_\_\_ descargas (esteroide oral) mg al día. Durante \_\_\_\_\_ (3 a 10) días.

Llame al doctor  antes de tomar el esteroide oral o /  dentro de las \_\_\_\_\_ horas siguientes de haberlo tomado.

### ZONA ROJA • ¡Alerta Médica!

**Síntomas:** Tiene mucha dificultad para respirar, los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, no puede hacer sus actividades normales, los síntomas son iguales o empeoran después de haber pasado 24 horas en la Zona Amarilla.

**Flujo máximo:** \_\_\_\_\_ (menos del 50% del valor óptimo personal)

#### Tome este medicamento:

Tome \_\_\_\_\_ descargas o  Use el nebulizador / \_\_\_\_\_ (esteroide oral) mg.

#### Luego, llame al doctor INMEDIATAMENTE. Llame al 911 si:

Todavía está en la Zona Roja después de 15 minutos Y ADEMÁS  No se ha podido comunicar con el doctor.

- SEÑALES DE PELIGRO:**
- Tiene dificultad para caminar y hablar por la falta de aire.  
Tome \_\_\_\_\_ descargas del medicamento de alivio rápido.
  - Los labios o las uñas de las manos están azules.
  - ▶ Vaya al hospital o llame al 911.  
Llame a su médico al \_\_\_\_\_ (teléfono).

**Línea de asesoría de enfermeras disponible las 24 horas: 1-800-437-5001 / 1-877-431-1700 (línea gratuita)**

**Si utiliza un TTY, llame al 711,**

**Servicios para Miembros: 1-888-301-1228. Si usa un TTY, llame al 1-888-310-7347.**

### Declaración de No Discriminación y Asistencia Lingüística

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。